

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Novembre 1893, à 1 heure

Par A. DIFFERDANGE,

Né à Forbach (Moselle), le 22 avril 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

PAR LES BAINS FROIDS

Président : M. DEBOVE professeur.

Professeur : M. MATHIAS DUVAL.

*Agrégés : MM. { BAR.
RETTERER.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

4

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Novembre 1893, à 1 heure

Par A. DIFFERDANGE,

Né à Forbach (Moselle), le 22 avril 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

PAR LES BAINS FROIDS

Président : M. DEBOVE professeur.

Professeur : M. MATHIAS DUVAL.

*Agrégés : MM. } BAR.
RETTERER.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENR.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SEE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILIAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	KETTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0055

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE
PAR LES BAINS FROIDS

Nous avons eu l'occasion, l'année dernière, alors que nous étions l'externe de M. le docteur Comby, à l'hôpital Tenon, d'observer plusieurs cas de pneumonies, traitées par les bains froids. Frappé du soulagement immédiat que cette médication procure aux malades, et des résultats heureux auxquels elle aboutit presque toujours, nous avons pensé que ce sujet pourrait servir de base à notre thèse.

Nous n'avons pas la prétention de tout dire sur cette question, l'étude de la physiologie pathologique en est encore très incomplète, et nous n'essayerons pas de l'élucider : la tâche serait trop au dessus de nos forces. Tout au plus nous permettrons-nous de faire quelques hypothèses qui nous auront été dictées par l'examen des faits. Pour le reste, nous nous en tiendrons à la clinique,

nous aidant des travaux qui ont paru jusqu'à ce jour sur le sujet ; nous étudierons avec soin les observations qui ont été si obligeamment mises à notre disposition par M. le docteur Comby ; nous essayerons de grouper et de mettre en lumière les faits principaux qu'elles contiennent, et d'en tirer ensuite quelques conclusions que nous aura suggéré leur étude.

Notre thèse sera divisée en deux parties : dans la première, nous ferons un court historique, et nous dirons ensuite quelques mots sur la technique des bains froids dans la pneumonie ; la deuxième partie sera consacrée à l'étude des effets du bain froid sur les différentes fonctions de l'organisme.

Nous n'aurions pas osé entreprendre ce travail, si nous n'y avions été encouragé par notre maître M. le docteur Comby ; qu'il veuille bien accepter l'hommage respectueux de notre reconnaissance, pour ses bons conseils et pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous garderons le souvenir le plus reconnaissant de nos autres maîtres dans les hôpitaux, de ceux en particulier dont nous avons été l'externe. Nous remercions M. Blum, chirurgien de Saint-Antoine, de tout ce qu'il nous a enseigné. M. Bar, par sa constante bienveillance, nous a vite appris à aimer l'art des accouchements ; nous n'oublierons pas l'excellent accueil qu'il nous a fait à la Maternité de Saint-Louis.

Nous ne saurions trop remercier M. Doléris,

accoucheur des hôpitaux, des services qu'il nous a rendus.

Nous prions M. le docteur Tissier de croire à toute notre gratitude pour ses bonnes leçons d'obstétrique.

M. le docteur Belin, chef de clinique médicale à la Pitié, a bien voulu nous guider pendant le cours de nos études, et souvent nous avons eu recours à ses conseils ; nous l'assurons à nouveau de notre bien vive reconnaissance.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur Debove, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les bains ont été employés en thérapeutique depuis la plus haute antiquité, surtout dans les maladies de l'appareil respiratoire ; mais les procédés mis en œuvre ont varié à l'infini : la température des bains, leur durée, leur composition constituent une foule de méthodes différentes ; les bains tièdes, les bains chauds et les bains froids, se sont tour à tour partagé la faveur des médecins. Suivant le but poursuivi, on a eu recours aux bains prolongés ou de courte durée, simples ou médicamenteux.

Hippocrate fait mention des bains froids dans plusieurs passages de ses œuvres. Asclépiade, vers la fin de la République romaine, recommande l'eau froide dans un grand nombre de maladies, tantôt en applications locales, sous forme de compresses, d'affusions, de lotions, tantôt sous forme de douches ou de bains.

Sans remonter aussi loin, Bartholin, il y a deux siècles, se servait des bains froids dans presque toutes les affections du poumon ; après lui, de nombreux médecins des dix-septième et dix-

huitième siècles sont entrés dans la même voie. Albert, en Allemagne, Ojeda, en Espagne, Gilchrist, en Angleterre, accordèrent une certaine faveur aux bains tièdes. En France, Chomel et Grisolle n'y avaient recours que dans les cas désespérés.

Il est certain que, dans la plupart des cas, cette médication n'était employée que d'une façon empirique, et après que toutes les autres avaient échoué. C'est d'ailleurs uniquement comme sédatif et comme antiphlogistique que le bain paraît avoir été utilisé jusqu'alors, et non comme antithermique.

Vers la fin du siècle dernier, en 1798, James Currie fit paraître à Londres un ouvrage dans lequel il publia les résultats de la méthode réfrigérante dans un grand nombre de maladies fébriles. Ses essais furent déterminés par une épidémie de fièvre typhoïde. Le succès lui donna raison ; depuis lors, il traita toutes les fièvres continues au moyen des affusions froides. La plupart des médecins anglais devinrent ses imitateurs, et bientôt il eut des disciples en Italie, en Suisse et en Allemagne.

En 1834, Campagnano présentait à l'Académie de Naples une statistique de pneumonies traitées par les bains froids et les boissons glacées. Mais, comme il appliquait en outre les médications alors en usage, saignées, vésicatoires, émétique, sa statistique ne prouvait rien en faveur de la nouvelle méthode.

Vogel, de Berne, fut le premier qui, vers 1850, appliqua d'une façon méthodique les bains froids au traitement de la pneumonie. Puis Liebermeister et Fisser, de Bâle, voient, sous leur influence, la mortalité des malades diminuer d'un tiers.

Tous ces faits n'auraient probablement pas suffi pour faire acquérir à la méthode de l'antipyrèse directe un rang vraiment notable dans la thérapeutique. Ce n'est que lorsqu'on apprit les succès de Brand dans la fièvre typhoïde qu'on se décida à tenter la même expérience à l'égard de la pneumonie, conséquence toute naturelle d'ailleurs, puisque ce traitement était également efficace lorsqu'il s'agissait de fièvres typhoïdes compliquées de pneumonies.

Lebert, de Breslau, constate l'excellence des bains froids, surtout dans la pneumonie grave et chez les alcooliques ; il n'hésite pas à déclarer que c'est là le meilleur traitement de cette maladie.

C'est Jürgensen qui s'est montré l'apôtre le plus fervent de la méthode antipyrétique. Partisan résolu, il n'a pas hésité à l'appliquer dans toute sa rigueur à sa propre fille. Pour convaincre ses lecteurs, il passe en revue dans son livre toutes les objections qu'il croit possibles. Il constate tout d'abord que le cœur est obligé à un surcroît de travail considérable, résultat de la contraction que fait subir le froid aux vaisseaux périphériques ; il se demande si cet excès d'activité ne pourrait pas

aboutir à la paralysie du muscle cardiaque. Il n'ignore pas que quelques malades sont morts de collapsus dans le bain ; mais, pour lui, la fièvre, bien plus que le froid, est à redouter pour le cœur ; le bain froid devra donc être employé très tôt et dans un but prophylactique.

Après Jürgensen, Mayer, d'Aix-la-Chapelle, préconise les bains froids dans le traitement de la pneumonie catarrhale, et généralise leur emploi à la pneumonie des enfants : on trouve parmi ses observations, celle d'un petit malade de dix-sept mois qui prend, pour une pneumonie fibrineuse, soixante bains à 23° en l'espace de onze jours.

Bozzolo et Marigliano, en Italie, publient, vers 1880, des observations de pneumonies guéries par les bains froids. Quelque temps après, William Day, Kisselef, Eischorst, se rallient aussi à la nouvelle méthode.

En France, on s'est défié longtemps des belles statistiques parues à l'étranger, et on a beaucoup hésité avant d'entrer dans la voie tracée par Jürgensen. Hanot, dans sa thèse d'agrégation, condamne la méthode comme inutile et même nuisible. Dujardin-Beaumetz la rejette également. En 1883, Gignoux, de Lyon, publie une série d'observations où il vante les bienfaits des bains froids, et, peu après, Goumy fait paraître une thèse sur le même sujet. L'année suivante, le docteur Chaurmier, de Tours, fait au Congrès de Blois une communication dans laquelle il relate que, sur 35 pneu-

moniques soumis au traitement, il n'a pas eu un seul insuccès. En 1890, une communication de M. Rendu à la Société médicale des hôpitaux, une autre de M. Barth, la thèse de son élève Hénault, et les observations de M. Juhel-Rénoy, vinrent donner un nouvel appui à la méthode. Au mois de mai 1892, M. Hutinel faisait, à l'hôpital des Enfants malades, une intéressante leçon sur les indications des bains froids dans le traitement des broncho-pneumonies, et montrait les bons résultats qu'on peut en obtenir, à condition de les employer à propos. Deux mois plus tard, M. Sevestre déclarait, à la Société médicale des hôpitaux, qu'il avait sauvé par les bains froids un certain nombre d'enfants atteints de broncho-pneumonie ou de pneumonie grave, et que, pour cette dernière maladie, il n'existe presque jamais de contre-indications à leur emploi. Enfin, le nombre des partisans de la méthode augmente chaque jour, et c'est là certainement le meilleur argument qu'on puisse faire valoir en sa faveur.

TECHNIQUE DU BAIN FROID

La manière d'administrer les bains froids est assez connue pour que nous n'ayons pas à y insister longuement. Le *modus faciendi* est sensiblement le même que dans la fièvre typhoïde. D'ailleurs tous les auteurs sont à peu près d'accord sur la façon de procéder.

D'après Liebermeister, toutes les fois que, dans une maladie fébrile, la température rectale atteindra ou dépassera 39°5, le bain froid sera indiqué, à moins que l'on n'ait des raisons de croire qu'elle ne tardera pas à s'abaisser spontanément. La température du bain sera de 20° et sa durée de dix minutes.

La pratique de Brand est un peu différente. Le malade étant mis dans le bain, comme l'indique Liebermeister, on lui verse sur la tête, à deux ou trois reprises, quelques litres d'eau glacée. Ces lotions auraient, paraît-il, pour résultat de rendre moins désagréable la première impression produite par le froid et de prévenir la congestion de l'encéphale.

Ziemssen, pour atténuer encore cette sensa-

tion et faire supporter plus facilement le bain au malade, conseille de refroidir l'eau progressivement. Il donne des bains dont la température initiale est inférieure de cinq à six degrés seulement à celle du corps, à 35° par exemple si la température rectale atteint 40°. Il ajoute ensuite de l'eau froide par petites quantités jusqu'à ce que l'eau soit à 18° ou 20°. Le malade est ainsi refroidi insensiblement et il échappe à la sensation pénible causée quelquefois par le changement brusque de température. Liebermeister emploie ce procédé chez les individus affaiblis, dont le cœur fonctionne mal, et chez ceux qui sont très sensibles au froid. Thomas le recommande spécialement chez les enfants, et il ne veut pas qu'on descende au dessous de 25°, ni que la durée de l'immersion dépasse cinq minutes. Il ne compte pas beaucoup sur la réfrigération immédiate, mais sur le refroidissement consécutif, qui va en augmentant pendant une demi-heure environ. Il renouvelle les bains aussi souvent que c'est nécessaire, aussitôt que la température dépasse 39°5.

Jürgensen est beaucoup plus hardi, si l'on en juge par la façon dont il appliqua le traitement à sa propre fille : « Elle fut atteinte, dit-il, pour la troisième fois, d'une pneumonie grave ; elle n'était âgée que de 19 mois. La température s'élevait au delà de 41°, et revenait si promptement à ce chiffre après un bain à 16°, que je me vis forcé d'abaisser la température du bain à 6°, et de le

faire durer dix minutes ; mon enfant guérit. Or, à aucune de ces énormes soustractions de chaleur, qui ont été renouvelées plusieurs fois dans la journée, il ne s'est produit la moindre tendance au collapsus. J'ai eu, depuis, plusieurs fois l'occasion de traiter de même d'autres malades, et je n'ai jamais eu à le regretter. »

La méthode le plus généralement employée actuellement est la suivante. La baignoire étant préalablement placée à côté du lit, afin d'éviter le plus possible au malade des fatigues inutiles, on place celui-ci dans le bain, après avoir pris sa température. Dès le début et pendant toute la durée de l'immersion, on fait sur la tête des lotions à l'aide d'une grosse éponge imprégnée d'eau à la même température. Le malade est ensuite retiré du bain, replacé immédiatement dans son lit, sans être essuyé, et enveloppé dans une couverture de laine. On lui donne aussitôt un grog ou une boisson stimulante quelconque, on met à ses pieds des boules d'eau chaude, et on le laisse dans un repos absolu. Si l'on redoute le collapsus, on fera avec avantage une injection hypodermique de caféine avant le bain, et une autre avec de l'éther aussitôt après. Le refroidissement continuant à s'accuser, on ne remettra le thermomètre qu'au bout d'un heure. Dès qu'il s'élèvera au dessus de 39°, on donnera un nouveau bain, sans qu'il soit nécessaire de répéter l'opération plus souvent que toutes les trois heures ; on cessera

définitivement dès que le thermomètre restera au dessous de 39°.

La température de l'eau sera généralement de 18 à 20. degrés, sauf dans les cas où il y aura lieu de craindre la syncope ou l'asphyxie ; il sera prudent alors de commencer par des bains à 25° ou 30° ; s'ils sont bien supportés, on pourra donner les suivants de plus en plus froids, sans jamais aller au delà de 18 degrés. On agira de même pour les enfants, en employant de l'eau à 28° pour le premier bain.

La durée de l'immersion variera, suivant les sujets, entre cinq et dix minutes ; elle ne devra pas dépasser un quart d'heure, car la réaction ne se fait plus si le bain est prolongé au delà de certaines limites, et les congestions viscérales sont à craindre.

Nous avons peu de chose à dire des effets immédiats du bain froid, puisque toute la suite de ce travail sera consacrée à l'étude des résultats de la balnéation sur les diverses fonctions de l'organisme. Les premiers bains sont ordinairement pénibles. Le brusque refroidissement de la surface cutanée, par le reflux centripète du sang et la congestion temporaire qu'il détermine, provoque, après le frisson initial, une accélération du rythme respiratoire, accélération nécessaire pour suffire à l'oxygénation d'un volume aussi considérable de sang. Ces phénomènes, il est vrai, tendent rapidement à s'atténuer, et disparaissent même com-

plètement quand le malade a pris quelques bains ; le froid ne lui produit plus l'impression désagréable du début ; l'agitation, s'il en avait, se calme, le délire est moins violent, la respiration se régularise et le cœur ralentit ses battements, une abondante sudation se produit : c'est la réaction qui s'opère.

Les enfants s'accoutument beaucoup plus vite que les adultes aux bains froids ; sous leur influence ils deviennent plus éveillés, presque gais ; la méthode sera donc facile à appliquer chez eux, d'autant plus qu'on aura toujours à sa disposition, même en ville, les objets nécessaires. Si la famille accepte difficilement le bain froid, on pourra toujours, en y ajoutant une faible quantité de moutarde, comme le conseille M. Hutinel, « le faire passer sous le couvert de la révulsion ».

ACTION SUR LA TEMPÉRATURE

La soustraction de chaleur a été pendant longtemps considérée comme l'unique effet du bain froid. Le corps humain peut, dans une certaine mesure, être considéré comme un foyer calorifique qui, plongé dans une atmosphère dont la température est inférieure à la sienne, perd par rayonnement une certaine quantité de chaleur, et tend à se mettre en équilibre de température avec le milieu qui l'entoure.

L'abaissement de la température est naturellement en raison inverse de celle du bain. Mais ces variations ne sont pas celles que subirait un corps inerte placé dans des conditions analogues. Les vaisseaux cutanés, par leur contraction et leur relâchement, font de la peau un agent régulateur de la chaleur centrale, de sorte que celle-ci n'est pas influencée directement par le milieu extérieur. Aussi l'action topique du bain froid ne nous intéresse-t-elle que par les effets réflexes qu'elle détermine, par ses résultats indirects, qui ont pour objet la réaction de l'organisme.

D'après Liebermeister, lorsqu'un individu est

soumis pendant quelques minutes à l'action d'un bain de 18 ou 20 degrés, sa température centrale s'élève, malgré le vif sentiment de froid qu'il éprouve. De ces expériences il conclut que la production de chaleur augmente en raison de la soustraction opérée par le bain froid. Ce ne serait que secondairement, lorsque cet excès de chaleur se répand à la surface du corps, que se produirait le refroidissement des organes profonds.

En effet, dès les premiers instants de l'immersion du pneumonique dans l'eau froide, la température centrale ne s'abaisse pas d'une façon constante; parfois même elle s'élève de quelques dixièmes. Ce fait s'explique par la contraction des vaisseaux de la périphérie; cette contraction, coïncidant avec le relâchement des vaisseaux des organes profonds, détermine dans ceux-ci un afflux de sang plus considérable et, par suite, une élévation de température. Chez quelques-uns des malades que nous avons observés, nous avons même pu constater que la température rectale au sortir du bain était un peu plus élevée qu'avant. C'est un fait exceptionnel, et que nous croyons dû, tout simplement, à une immersion de trop courte durée.

Après un bain de quelques minutes, les vaisseaux périphériques cessent en effet de se contracter, et la température rectale, qui s'était d'abord légèrement élevée, diminue peu à peu, jusqu'à devenir inférieure à ce qu'elle était avant.

On en a pour preuve l'échauffement rapide de l'eau.

Le refroidissement continue encore après le bain, et ce n'est guère qu'au bout d'une demi-heure qu'on peut constater le maximum de la réfrigération. Thomas avait déjà fait cette remarque ; aussi ne laissait-il le malade que cinq minutes dans le bain, en renouvelant celui-ci chaque fois que c'était nécessaire ;

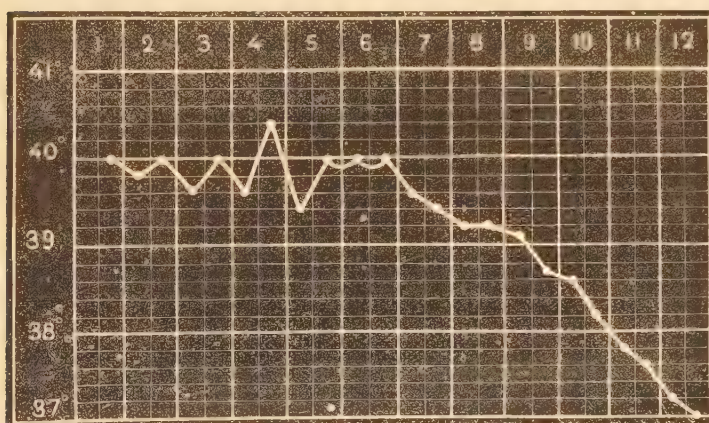
Le malade jouit d'un repos plus ou moins complet après l'immersion ; l'apyrexie relative qui en résulte coïncide d'ailleurs avec une diminution de sa dyspnée et un relèvement de son état général ; on peut l'alimenter et le tenir ainsi dans les conditions les plus favorables pour qu'il puisse lutter avec succès contre l'infection.

Chez les malades qui font l'objet de nos observations, nous avons vu la température s'abaisser en moyenne d'un degré après chaque bain, quelquefois de quelques dixièmes seulement. Dans d'autres cas, et c'étaient les plus favorables, la rémission était de deux et même de trois degrés.

Après une période de calme de deux ou trois heures, la température remonte insensiblement pour redevenir ce qu'elle était avant le bain, ou bien, quelquefois, rester définitivement inférieure de quelques dixièmes de degré. Cette rémission qui suit le bain, si courte, si légère qu'elle soit, n'en est pas moins un résultat utile. On comprend

mal le contraste qu'il y a entre ces deux assertions de Lebert, qui, après avoir émis l'opinion que cette médication constitue le meilleur mode de traitement de la pneumonie fibrineuse, surtout dans les cas graves, ajoute que, au point de vue de l'apyrexie, ses effets sont absolument nuls.

La courbe de la température, chez les pneumoniques traités par les bains froids, est dans un certain nombre de cas assez modifiée pour n'être plus celle que l'on voit d'ordinaire, et qui consiste en une série de courtes oscillations autour de 40°, avec défervescence brusque du septième au dixième jour. Plusieurs des malades dont nous publions les observations ont présenté une courbe thermique toute différente. Un enfant de sept ans, notamment (Obs. VI) fut soumis, pendant les quatre



ou cinq premiers jours de sa maladie, au traitement habituel (vésicatoire, alcool, quinquina, etc.); la température resta invariablement aux environ

de 40°. Le cinquième jour on institua la médication réfrigérante et, à partir de ce moment, la température descendit graduellement, sans oscillations, jusqu'à l'apyrexie complète. La défervescence lente dans la pneumonie, bien qu'anormale, n'est pas chose rare; aussi n'oserions nous pas attribuer ce résultat aux bains froids, si nous n'avions un certain nombre de courbes présentant cette particularité.

M. le docteur Sevestre, qui, depuis plusieurs années, traite par les bains froids les pneumonies graves des enfants, dit que, dans la plupart des cas, la défervescence, au lieu de se faire brusquement, comme c'est la règle spécialement chez les enfants, s'annonce en quelque sorte pendant un jour ou deux par un abaissement de la température, et qu'elle se produit presque toujours avant le septième jour.

Les résultats sont analogues dans la broncho-pneumonie. Le refroidissement produit par le bain est tout aussi variable; le thermomètre descend en moyenne de deux degrés, quelquefois de quelques dixièmes seulement. Le pronostic est d'autant plus favorable que la dépression thermique est plus prononcée et persistante; quand on n'obtient qu'un abaissement insignifiant, le cas doit être considéré comme très grave.

Mais il ne faut pas ici s'attendre aux mêmes succès que dans la pneumonie franche. Cela tient d'ailleurs à la nature de la broncho-pneumonie,

qui est toujours chez l'enfant une maladie extrêmement sérieuse, où surviennent les plus graves complications alors que l'on croyait le malade hors de danger. Cependant, en faisant la part de gravité des deux affections, la médication par les bains froids donne également de bons résultats dans la broncho-pneumonie, à condition d'être employée avec discernement : « Dans les cas favorables, dit M. Hutinel, la température s'abaisse franchement après le bain et tombe parfois à la normale ; le pouls se ralentit en même temps et le calme renaît. Ne comptez sur cet heureux résultat que dans les cas où la fièvre est vive et l'agitation extrême, tandis que les symptômes locaux sont peu accentués. On n'obtient rien de pareil quand le poumon est hépatisé sur une grande étendue sans qu'il existe une forte réaction fébrile ; dans ces conditions, la dépression thermique qui suit le bain est nulle ou modérée et le soulagement n'est pas appréciable. Le bain est alors inutile, il peut même être nuisible. »

Il paraît donc évident que le bain froid, dans les cas d'hyperthermie, abaisse la température. Mais la température élevée est-elle donc un symptôme si alarmant ? Jürgensen rattache à la fièvre tous les accidents ; Lépine croit que lorsqu'elle dépasse 41°, la gravité est extrême et la guérison exceptionnelle.

La fièvre, d'après Cantani (1), ne serait dans

(1) Cité par Hénault, Thèse de Paris, 1890.

les maladies infectieuses que la manifestation générale de l'infection, de même que l'inflammation en est la manifestation locale ; elle serait un mode de réaction au moyen duquel l'organisme se débarrasse de l'infection, et son évolution ferait naturellement aboutir la maladie à la guérison. Il faudrait donc se garder de l'attaquer en cherchant à supprimer la formation de chaleur, mais au contraire se borner à opérer une soustraction de calorique sans chercher à en tarir la source ; or le bain froid répondrait d'une manière formelle à cette indication.

Suivant une théorie beaucoup plus récente, la fièvre semblerait être un moyen dont se sert l'organisme pour lutter contre l'infection ; elle ne serait que la conséquence de l'activité des phagocytes, cellules qui ont pour fonction de dévorer les agents infectieux qui pullulent dans les tissus. L'hyperthermie serait donc d'autant plus accusée que cette activité serait plus grande, et la gravité de l'affection varierait alors en raison inverse du degré d'élévation de la température.

Quoi qu'il en soit, l'hyperthermie prolongée affaiblit le malade et peut devenir un danger pour le cœur. Il y a donc intérêt à la combattre.

Il existe, nous dira-t-on, assez d'agents chimiques, capables d'abaisser la température, pour n'être pas obligé d'avoir recours à une médication d'une pratique aussi incommode. Le sulfate de quinine n'a plus à faire ses preuves comme anti-

thermique, et voilà déjà bon nombre d'années que l'antipyrine est employée dans le même but, et certes elle compte des succès !

Mais l'antipyrine est un médicament qui ralentit les oxydations, empêche l'élimination des produits toxiques et favorise leur accumulation dans l'économie ; les doses relativement élevées qu'il faut employer peuvent aboutir au collapsus. Elle déprime le malade et présente, en somme, divers inconvénients qu'on ne peut reprocher au bain froid. Le sulfate de quinine n'est pas susceptible au même degré de telles critiques, mais, pour arriver au même résultat qu'avec la méthode réfrigérante, il en faut donner des doses considérables, qui sont souvent mal supportées par les pneumoniques.

La raison qui semble devoir faire préférer les bains froids aux antithermiques chimiques, et surtout à l'antipyrine, c'est que les premiers, outre leur action sur la température, ont encore d'autres effets utiles, tandis que la plupart de ces médicaments produisent des effets nuisibles. Une réserve doit néanmoins être faite en faveur du sulfate de quinine qui, dans bien des cas, pourra être un utile adjuvant du bain froid.

ACTION SUR LE SYSTÈME NERVEUX

Les modifications apportées par le bain froid à la température sont immédiates ; le système nerveux est influencé d'une façon tout aussi rapide, et aussi plus constante. Le point de côté, souvent si pénible et qui manque bien rarement, est très rapidement atténué dans presque tous les cas. Le malade, en sortant du bain, éprouve un soulagement notable, et, s'il a manifesté quelque répugnance dès le début du traitement, il arrive bientôt à le subir avec la plus grande docilité.

Nous avons vu que l'abaissement de la température était parfois très minime ; dans ces cas cependant d'heureuses modifications se produisent habituellement dans l'état des malades ; les symptômes adynamiques, s'ils existent, disparaissent rapidement ; le délire s'apaise, le calme renaît. Il faut donc chercher ailleurs que dans l'action antithermique pour rendre compte des bons résultats de la méthode.

« Toutes les parties du système nerveux, dit M. Barth, éprouvent une influence tonique et sédative à la fois, et chacune d'elles la manifeste par un accroissement d'énergie de ses fonctions propres. »

L'efficacité du bain froid sur le système nerveux

est du reste connue depuis longtemps : « Le froid en applications hydrothérapiques, disait Fleury en 1856, exerce sur les deux grands systèmes qui président à toutes les fonctions de l'économie, sur la circulation capillaire et sur l'innervation générale, une action directe et énergique qui n'appartient à aucun autre agent, et au moyen de laquelle il modifie profondément la calorification, l'absorption, les sécrétions et la nutrition. »

D'après le professeur Peter, l'explication des résultats du bain froid doit être cherchée surtout dans l'action stimulante qu'il exerce sur le système nerveux, action qui se généraliserait secondairement sur tous les autres systèmes et appareils de l'économie.

William Day, qui pense que la température élevée est une des indications les plus pressantes de ce mode de traitement, ne l'emploie néanmoins que s'il y a du délire et d'autres symptômes alarmants tirés de l'examen du système nerveux. Les bains froids, à son avis, n'ont jamais manqué d'abaisser la température, de diminuer le délire et l'agitation, et de procurer au malade le repos et le sommeil.

Dans la pneumonie à forme adynamique, et tous les auteurs sont unanimes à reconnaître sa gravité particulière, cette méthode a donné, entre les mains de ceux qui l'ont employée, des succès souvent inespérés. Le délire, qui chez les alcooliques devient parfois assez violent pour dominer les

autres symptômes, cède en général très vite au traitement.

Chez les enfants, l'état du système nerveux est modifié d'une manière non moins heureuse. Après chaque bain, on constate une diminution notable de l'agitation et du délire ; les petits malades éprouvent une sensation de bien-être qui ne fait même pas défaut quand la température est restée stationnaire. Les nuits deviennent plus calmes et le sommeil ne tarde pas à se produire.

Dans la broncho-pneumonie, les résultats sont analogues, à la condition d'agir dès le début de la maladie, car, lorsque l'enfant est arrivé aux dernières périodes, qu'il est devenu cachectique et n'a plus assez de vigueur pour réagir, la baignée est inutile, peut-être nuisible : « Le bain froid, dit M. Hutinel, agit énergiquement sur le système nerveux ; il diminue la dépression qui est si marquée dans certaines broncho-pneumonies, et surtout il fait disparaître les phénomènes d'excitation parfois si accentués. Il a son indication même dans les convulsions. »

Money, de Londres, assure que le plus grand mérite des applications froides, sur les enfants atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie, est de soutenir non seulement l'énergie du cœur, mais aussi celle des systèmes nerveux et musculaires ; si donc la durée de la maladie est presque toujours abrégée, si la convalescence est beaucoup

plus rapide, la cause en est sans doute dans cette action sthénique produite par le froid.

En somme, le bain froid paraît exercer une action prépondérante sur le système nerveux ; aussi sera-t-il indiqué spécialement dans les cas où les phénomènes généraux seront très accusés ; où la lésion locale ne viendra qu'au second plan. Il ne faudra cependant pas toujours attendre l'apparition de ces symptômes inquiétants pour le prescrire. Il devra souvent être employé à titre de mesure prophylactique. Quand la température dépassera 40°, même sans phénomènes généraux graves, le bain froid sera toujours indiqué, à moins que l'état du cœur ou des vaisseaux en interdise l'emploi ; l'hyperthermie peut constituer à elle seule un danger ; elle épuise le malade et peut le conduire à l'adynamie. Aussi mieux vaudra pécher par une certaine audace que par une prudence exagérée, à condition d'exercer une surveillance attentive sur les malades soumis au traitement.

ACTION SUR LES SÉCRÉTIONS

A — **Fonction rénale.** — L'action diurétique du bain froid est connue depuis longtemps ; aussi

est-ce un fait acquis sur lequel nous n'avons pas l'intention d'insister longuement.

La sécrétion urinaire, peu abondante comme dans toutes les maladies fébriles, augmente presque toujours d'une façon assez rapide sous l'influence du bain froid. D'après Théry (1), cette augmentation de l'excrétion urinaire reconnaît deux causes : la congestion rénale d'une part, résultat du refoulement du sang dans les organes centraux, et d'autre part la suppression de l'exhalation cutanée.

Nous admettons volontiers la première de ces raisons, car tout agent qui augmente la pression intravasculaire devient, par cela même, diurétique : mais nous verrons plus loin que si la transpiration est suspendue pendant la durée du bain, cette suppression n'est que momentanée, et que les sécrétions de la peau deviennent très abondantes dans les instants qui suivent, en raison du phénomène de la réaction.

Mais cette congestion du rein est-elle le seul facteur qui intervienne dans l'augmentation de la sécrétion urinaire ? Ne pourrait-on pas admettre que le froid agisse directement sur la vessie, en excitant ses fibres musculaires à se contracter, de la même façon qu'il produit la contraction des fibres musculaires lisses des vaisseaux capillaires périphériques ? S'il en était ainsi, la fonction ré-

(1) Théry. *Étude physiologique sur les bains prolongés*. Thèse de Paris, 1881.

nale serait doublement sollicitée : d'abord par la congestion même de l'organe, et ensuite par ce fait que le rein fonctionne d'autant mieux que le réservoir de l'urine se vide plus facilement.

Le sang des pneumoniques abonde en produits toxiques ; or l'excrétion urinaire étant le mode de dépuración le plus actif que possède notre organisme, le bain froid, grâce à son action diurétique, doit donc débarrasser l'économie d'une certaine quantité de principes nuisibles.

La quantité des matières extractives augmente en effet d'une façon considérable dans l'urine des malades soumis à la réfrigération : le chiffre de l'urée s'élève, et, si l'urée elle-même n'est pas toxique, elle est du moins le résultat de l'oxydation d'une foule de produits éminemment toxiques, comme étant des matériaux de désassimilation.

Les recherches faites en 1889 par MM. Roger et Gaume ont prouvé que, pendant l'évolution de la pneumonie, la quantité de poisons éliminés par l'urine est plus faible qu'à l'état normal et qu'elle augmente brusquement au moment de la défervescence. Il eût peut-être été intéressant de faire des recherches expérimentales sur la toxicité des urines chez les pneumoniques soumis aux bains froids ; c'est là une lacune qu'il nous a été impossible de combler.

Le refroidissement, sous toutes ses formes, joue dans la pathogénie des néphrites un rôle prépon-

dérant; or l'albuminurie est assez fréquente au cours de la pneumonie. En présence de cette complication, le bain froid ne sera-t-il pas nuisible? Cette objection tombe devant l'observation des faits. Et d'ailleurs, depuis le commencement du siècle, on se sert des affusions froides pour combattre les accidents nerveux et les symptômes ataxiques de la scarlatine. Beaucoup de médecins, et des plus illustres, Trousseau lui-même, les employaient sinon avec un succès constant, du moins presque toujours avec quelque bénéfice. L'affusion ne guérit pas tous les scarlatineux, loin de là; mais elle modère toujours les accidents, toujours elle paraît retarder le terme fatal, et l'albuminurie, si fréquente chez ces malades, au lieu d'être provoquée par le traitement, diminue en général quand elle existe.

La congestion rénale produite par le bain froid n'est que passagère; les stases sanguines, loin d'être accrues, se dissipent promptement: le bain froid ne doit donc pas faire craindre les complications rénales. Chez ceux de nos malades dont l'urine était albumineuse, nous avons toujours vu l'albumine disparaître deux ou trois jours après le début du traitement. L'albuminurie n'est donc pas un obstacle à son emploi; c'est au contraire une nouvelle indication.

En résumé, le bain froid exerce sur la fonction rénale une action multiple:

1° Il active la sécrétion urinaire;

2° Il favorise l'élimination des produits toxiques ;

3° Il facilite la circulation dans les vaisseaux du rein ;

4° Il tend à faire disparaître l'albuminurie.

B — Fonctions cutanées. — L'action du bain froid sur les fonctions cutanées, pour peu importante qu'elle soit en comparaison des modifications heureuses qu'il apporte dans le jeu des autres organes, ne doit cependant pas être passée complètement sous silence. Le mécanisme des sécrétions cutanées ne peut être troublé sans que l'organisme entier en subisse le contre-coup.

La peau est non seulement le siège de sécrétions plus ou moins actives ; elle sert en outre à des échanges gazeux qui complètent, dans une certaine mesure, la respiration pulmonaire. Or le bain agit d'abord mécaniquement en débarrassant la peau de toutes les saletés qui la recouvrent, et facilite ainsi l'élimination des produits sécrétés à sa surface et active les échanges gazeux dont elle est le siège ; il a de plus une action excitante, et le rôle des excitations cutanées sur les phénomènes respiratoires est trop connu pour que nous ayons à y insister.

Après l'immersion, il se produit une sudation assez abondante, dont l'effet vient s'ajouter à l'action directe du bain froid. La sécrétion de la sueur, par suite de l'évaporation qui se produit à

la surface cutanée, est un des moyens les plus énergiques que nous ayons pour nous débarrasser d'un excès de chaleur. Nous pouvons donc dire dès à présent que l'abaissement de température produit par le bain froid est le résultat de deux facteurs : d'une part, la réfrigération directe, inconstante puisqu'elle coïncide généralement avec une élévation de la température centrale ; d'autre part, la transpiration, qui concourt au même but d'une façon évidemment moins directe, mais peut-être plus efficace.

La sueur est aussi un produit d'excrétion, et, bien que la quantité de ses principes solides soit très faible, on ne peut cependant nier que ce rôle de sécrétion éliminatoire ait une certaine importance. Sans doute il serait excessif de vouloir assimiler l'excrétion cutanée à la fonction rénale ; au moins pouvons-nous émettre cette hypothèse qu'elle aide à l'élimination de certaines substances toxiques, et qu'elle complète en quelque sorte l'acte physiologique dont l'appareil urinaire exécute la plus grosse part.

ACTION SUR LE CŒUR ET LES VAISSEAUX

Dans le mode d'action du bain froid sur la circulation, nous avons à considérer deux périodes :

l'effet immédiat consiste en une contraction des vaisseaux de la périphérie, c'est-à-dire en une anémie de toute la surface cutanée, dont la conséquence naturelle est le refoulement du sang vers les organes profonds et l'augmentation brusque de la pression dans le cœur gauche.

Aussitôt après le bain, des phénomènes absolument inverses se produisent. Les vaisseaux cutanés, primitivement contracturés, se relâchent et l'anémie primitive est remplacée par de l'hypérémie. Cette seconde période est celle de la réaction, sous l'influence de cette réaction et par suite du relâchement des capillaires périphériques, les cavités splanchniques se décongestionnent en renvoyant vers les parties superficielles le sang que leur contraction initiale avait refoulé. En même temps le pouls, qui s'était ralenti pendant l'immersion, devient plus ample, se régularise et augmente de quelques pulsations, sans atteindre cependant la fréquence qu'il avait avant le bain. La circulation capillaire est très active ; la peau, au début anémiée, devient rose, puis rougit de plus en plus : il se produit une révulsion analogue à celle que déterminait un sinapisme, mais beaucoup plus énergique, car elle est généralisée à toute l'étendue de la surface du corps.

Le but final de cette réaction est une diminution notable de travail pour le cœur. Mais il ne faut pas oublier qu'il est d'abord soumis à un surcroît d'activité qui peut déterminer sa paralysie, surtout s'il

est déjà atteint dans sa fibre musculaire. Il en est de même pour les vaisseaux ; sous l'influence de cette pression exagérée, il est à craindre que certaines artères très athéromateuses ne puissent résister à un afflux si considérable de sang et viennent à se rompre.

Ces objections, peut-être plus théoriques que réelles, n'ont pas échappé à Jürgensen, et il les a passées toutes en revue : « Il est, dit-il, légitime d'admettre qu'un des effets du refroidissement périphérique sera de refouler le sang dans le thorax et d'augmenter le travail du cœur ; l'excès de production de chaleur demande aussi, d'autre part, que le cœur et les muscles respiratoires travaillent davantage. Cependant l'effet est favorable, pourvu qu'on fournisse au cœur le stimulant dont il a besoin, avant et après le bain, et ce stimulant doit être proportionné à la durée du bain et à l'abaissement de la température de l'eau. » Il ne doute pas, en outre, que le collapsus puisse surprendre le malade dans le bain, mais il assure que pareil accident ne lui est jamais arrivé, parce qu'il repousse la méthode réfrigérante dans les cas, très rares d'après lui, où l'état du cœur et des vaisseaux peut être de nature à compromettre sérieusement la vie du sujet.

Il faut avouer ; d'ailleurs, qu'en prenant toutes les précautions recommandées par Jürgensen, la syncope est rarement à craindre. Ce n'est que tardivement, en général, que surviennent les accidents

du côté du cœur ; or, si nous admettons, avec Jürgensen, que la fièvre est l'ennemi par excellence du cœur, c'est avant tout sur l'élévation de la température que l'on devra se guider pour juger du nombre, de la durée des bains, et de leur degré de refroidissement. « Je conclus, dit encore Jürgensen, qu'il faut traiter même les cas légers de pneumonie par la soustraction de chaleur ou par des antipyrétiques appropriés. C'est là une thérapeutique prophylactique qui songe à ménager le cœur. » En instituant le traitement de bonne heure, on prévient donc des accidents qui ne manqueraient pas de se produire si l'on attendait que le muscle cardiaque ait été épuisé par une hyperthermie prolongée.

Suivant le précepte du clinicien allemand, on ne manquera pas de faire prendre aux pneumoniques, avant et après le bain, une boisson stimulante, alcool de préférence, dont la quantité variera avec l'état du malade, la durée et la température du bain.

Quand on aura affaire à des sujets âgés ou débilités, il faudra se montrer très réservé et ne prescrire les bains froids qu'avec la plus grande prudence. La pneumonie des vieillards est ordinairement insidieuse, souvent apyrétique ; dans ces conditions il n'y a pas de réaction possible. Les artères sont toujours plus ou moins athéromateuses, et le cœur n'a plus une énergie suffisante pour supporter un excès de travail aussi considé-

nable. La réfrigération ne sera donc chez eux qu'un procédé d'exception.

Quant à la pneumonie des alcooliques, elle sera d'autant plus justifiable de ce traitement que les malades seront plus jeunes et plus vigoureux. L'éthylisme est une indication formelle à l'emploi des bains froids, l'agitation et le délire cédant rapidement à leur action.

Les contre-indications tirées de l'examen du cœur et des vaisseaux, de même que celles qui relèvent du système nerveux, se rencontrent bien rarement chez les enfants. « A cet âge, dit M. Sevestre, ces organes sont généralement sains avant l'invasion de la maladie, et généralement aussi la pneumonie ne détermine pas de lésions du myocarde, comme cela a lieu trop souvent dans la fièvre typhoïde. C'est dire que chez les enfants, les bains froids seront ordinairement bien supportés, et c'est ce que démontre en effet l'observation clinique.

Egalement utiles dans la broncho-pneumonie, ils donnent cependant des résultats moins favorables, en particulier quand il s'agit de broncho-pneumonies consécutives à la rougeole, à la coqueluche ou à la diphtérie, et ces sont malheureusement les plus nombreuses ; les forces des malades sont parfois trop déprimées par l'affection primitive pour que l'on puisse obtenir une réaction suffisante. Cependant les résultats inespérés qu'a donnés cette méthode dans les mains de MM. Sevestre et Hutinel sont encourageants ; mais les

chances de succès seront d'autant plus grandes qu'on agira plus près du début de la maladie, sans attendre l'apparition des symptômes graves. La syncope, souvent menaçante chez les adultes affaiblis et surtout chez les vieillards, est bien moins à craindre pour les enfants, en raison de l'intégrité habituelle du cœur. Il faut cependant être prêt à parer aux accidents possibles, et, s'ils venaient à se produire, on devrait aussitôt, comme l'indique M. Hutinel, flageller l'enfant et lui faire une injection hypodermique d'éther.

En résumé, l'état du cœur et des vaisseaux peut quelquefois présenter des contre-indications à l'emploi des bains froids. Nous pensons que l'artério-sclérose, à un degré avancé, doit les faire repousser absolument. Quant aux affections organiques du cœur, il n'y a pas lieu, croyons-nous, d'être aussi affirmatif. Des observations assez nombreuses de cardiaques, traités avec succès par les bains froids au cours d'une fièvre typhoïde, justifient cette assertion ; il doit en être de même dans la pneumonie. Mais il faudra alors se montrer très circonspect ; ce sera affaire de tact de la part du clinicien de prévoir les accidents possibles ou de les combattre par les moyens appropriés. On fera donc sagement, dans les cas où l'on aura la moindre appréhension, de commencer par une réfrigération modérée ; on donnera par exemple des bains à 28° ou 30° ; s'ils sont bien supportés, il sera toujours temps d'en abaisser la température ultérieurement.

Par mesure prophylactique, on donnera, dès le début et dans tous les cas, de l'alcool et tous les toniques que l'on jugera convenables. Employés avec discernement les bains froids donneront presque toujours de bons résultats; appliqués à tous les cas indistinctement, on aurait souvent de cruelles déceptions.

ACTION SUR LE POUMON ET LA RESPIRATION

« La médication par l'eau froide, dit M. H. Roger (1), semble au premier abord tellement antirationnelle dans les inflammations pulmonaires, dont le froid est si souvent la cause déterminante, qu'il faudrait une masse de faits bien observés pour en démontrer l'innocuité. »

Avant que la bactériologie fût venue jeter une lumière nouvelle sur la pathogénie des maladies infectieuses, on attribuait au froid une influence prépondérante, sinon unique, dans la genèse de la pneumonie et en général de toutes les affections inflammatoires du poumon. Il était donc impossible, logiquement, d'opposer comme traitement à une maladie un agent capable de la provoquer.

(1) Dict. Dechambre. Art. *Broncho-pneumonie*.

Nous savons maintenant que toutes les pneumonies sont parasitaires, infectieuses, et dues à un micro-organisme spécial, le pneumocoque. Déjà en 1874, Jürgensen s'était efforcé de démontrer que la pneumonie devait être rangée parmi les maladies infectieuses, mais ses arguments ne s'appuyaient que sur l'étiologie, la marche et les caractères anatomiques de cette affection.

Actuellement, la contagiosité de la pneumonie n'est plus douteuse ; les relations d'épidémies de prisons, de casernes, de pensions, sont nombreuses ; les récentes épidémies de grippe avec complications pulmonaires suffiraient à elles seules pour permettre d'affirmer la contagion. M. Netter a trouvé le pneumocoque non seulement dans la salive des malades, mais aussi dans la bouche et les fosses nasales de certains sujets sains, dans la proportion d'une fois sur cinq individus. Ce micro-organisme abonde aussi dans l'exsudat pneumonique, et on le retrouve constamment dans les crachats. Le refroidissement, auquel on attribuait un si grand rôle, était presque toujours confondu avec le frisson, qui n'est en somme que la première manifestation de l'infection pneumococcique ; il ne peut être regardé tout au plus que comme une cause prédisposante, mettant l'organisme dans un état d'infériorité et le rendant plus apte à se laisser envahir par l'infection. Si d'ailleurs la pneumonie reconnaissait le froid comme cause habituelle, elle devrait avoir son maximum

de fréquence dans les mois les plus froids de l'hiver ; or c'est certainement au printemps qu'elle sévit avec le plus de rigueur.

Le refroidissement n'a donc pas sur le poumon cette action nocive qu'on lui avait attribuée ; il n'engendre pas à lui seul la pneumonie. Bien plus, l'application de la méthode réfrigérante au traitement de la fièvre typhoïde, a levé presque tous les doutes. Les complications thoraciques, bronchites ou pneumonies, qui viennent si souvent s'ajouter à la dothiéntérie, sont généralement atténuées par les bains froids.

Quelques médecins, il est vrai, ont accusé la médication réfrigérante d'aggraver le catarrhe bronchique, qui est un des symptômes les plus habituels de la fièvre typhoïde ; plusieurs même ont dit que ce catarrhe bronchique se compliquerait parfois, sous l'influence de ce traitement, de pneumonie lobaire.

Mais la plupart des auteurs sont d'une opinion différente. Ziemmsen, tout en avouant que le catarrhe bronchique présente une égale fréquence chez les malades traités par les bains froids et chez ceux qui sont soumis à la médication expectante, ajoute que le traitement par le froid a le grand avantage de prévenir les complications fâcheuses auxquelles donne si souvent lieu le catarrhe bronchique. La statistique d'Hagenbach, médecin de l'hôpital des Enfants de Bâle, confirme l'opinion de Ziemmsen.

Liebermeister est d'avis également que la pneumonie, les congestions hypostatiques, et :., loin de constituer une contre-indication à l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde, cèdent au contraire facilement à ce mode de traitement. Sur 339 cas compris dans sa statistique, 36 ont été compliqués d'affections pulmonaires ; mais 18 fois, le début des accidents thoraciques précédait le moment où la médication réfrigérante avait été instituée. La proportion des phlegmasies pulmonaires survenues au cours du traitement était donc de 1 pour 19.

Brand soutient que la mortalité à la suite des complications pulmonaires est réduite, sous l'influence du traitement par les bains froids au quart de la proportion qu'elle atteint dans les circonstances ordinaires. Avant l'emploi de sa méthode, on avait observé, sur 1.420 cas de fièvre typhoïde, 96 pneumonies, soit une pour 14, chiffre notablement supérieur à celui que donne la statistique de Liebermeister. Selon Brand, l'administration des bains froids constitue le meilleur mode de traitement qu'on puisse diriger contre les complications de la dothiéntérie. Écoutons maintenant les statistiques comparatives, en ce qui concerne la pneumonie.

Liebermesteir, qui a traité par la méthode réfrigérante plus de 200 cas de pneumonie fibrineuse, en a dressé la statistique en comparant la mortalité observée avant et depuis l'emploi de la

méthode. Sur 692 cas traités par la médication expectante, il compte 175 décès, soit une mortalité de 25,3 0/0. Les bains froids, expérimentés sur 230 malades, n'ont été suivis de mort que 38 fois; la mortalité n'a été que de 16,5 0/0, inférieure d'un tiers à celle observée auparavant.

Lebert, tout en constatant que la durée de la maladie n'est pas abrégée par les bains froids, affirme qu'il n'a jamais vu d'accidents survenir sous l'influence de cette médication. Sur cinq malades qu'il cite, deux étaient alcooliques, et chez eux il observa une action sédative des plus manifeste sur le système nerveux.

Jürgensen, l'apôtre le plus convaincu de la méthode, eut des résultats encore plus concluants. Sur 567 pneumonies traitées par les bains froids, le chiffre des décès ne fut que de 72, dont 59 chez des sujets âgés de 40 à 80 ans.

Les hémorrhagies pulmonaires, qui, au cours de la fièvre typhoïde, seraient, d'après le professeur Peter, devenues plus fréquentes depuis l'emploi de la réfrigération, n'ont pas été notées à propos de la pneumonie.

Les statistiques sont donc encourageantes, et tendent au moins à prouver que le bain froid n'exerce sur le poumon aucun effet nuisible. Analysons de plus près son action.

La lésion pulmonaire, si elle est très étendue, peut à elle seule entraîner la mort; celle-ci sur-

vient soit par asphyxie, soit par suite de l'insuffisance cardiaque qui ne tarde pas à se produire en raison du surcroît de travail imposé au cœur.

Au début, la phlegmasie est constituée par l'augmentation du volume des capillaires de la région envahie. Les vaisseaux sont gorgés d'hématies et les cavités alvéolaires elles-mêmes sont encombrées par les globules rouges : c'est la formation de l'exsudat qui se prépare. Un peu plus tard, à la période de l'hépatisation rouge, cet exsudat, complètement constitué, remplit les alvéoles. Si l'on vient à faire une section du poumon, on constate à sa surface une foule de petites granulations : ce sont les exsudats qui, trop volumineux pour être contenus dans leurs cavités, s'échappent en partie, font saillie hors des infundibula. Il est donc évident que, par l'abondance de l'exsudation, les réseaux capillaires qui entourent les alvéoles sont comprimés et que la circulation s'y ralentit de plus en plus. Il en résulte pour le malade une violente douleur de côté, qui fait rarement défaut, et une dyspnée plus ou moins intense, pouvant aller jusqu'à l'asphyxie ; les bronches sont obstruées et l'hématose est incomplète. Le traitement, d'après les indications fournies par l'état local, doit donc avoir pour objet :

- 1° De diminuer la dyspnée ;
- 2° De favoriser l'expectoration ;
- 3° De rétablir la circulation dans le territoire hépatisé.

Par la médication réfrigérante, le but que l'on se propose, pour atteindre ces résultats, est de provoquer sur la surface cutanée un réflexe puissant qui agisse sur les muscles de la respiration et les excite à des contractions énergiques.

Et en effet les inspirations deviennent plus profondes, la dyspnée s'atténue sous l'influence du bain froid. L'abaissement de la température, avons-nous dit, bien que faisant rarement défaut, n'est pas absolument constant; au contraire la respiration est toujours moins fréquente après le bain. Si de nouveau le rythme en devient plus accéléré, ce n'est qu'au bout de deux ou trois heures, et cette rémission a permis au malade d'avoir quelques instants de repos : résultat favorable, car, en somme, la méthode réfrigérante, pas plus qu'aucune autre, ne peut prétendre à juguler la pneumonie; tout ce qu'on se propose, c'est de soulager le pneumonique et de le mettre dans les meilleures conditions pour arriver sans accidents à la convalescence.

Le malade est parfois pris, dans le bain, d'une quinte de toux qui favorise l'expulsion des muccosités dont les bronches sont remplies. Ce fait a été souvent noté dans la pneumonie et dans la broncho-pneumonie des enfants. Les cris que leur arrache la première impression de l'eau froide provoquent de profondes inspirations et de violents accès de toux; les sécrétions bronchiques sont éliminées; la circulation se fait mieux et l'atélectasie est sou-

vent enrayée. En même temps les fonctions digestives se réveillent, et on peut alimenter les malades.

Les affusions sur la tête, pendant toute la durée du bain, agissent aussi d'une façon incontestable sur la respiration. Jürgensen y avait recours surtout pour les enfants atteints de broncho-pneumonie, et même, lorsque l'asphyxie était imminente, il dirigeait, au moyen d'un tube de caoutchouc, un jet d'eau froide sur la nuque des petits malades, au niveau de la moelle allongée. L'excitation de ce point détermine, plus encore que les cris, de grands mouvements respiratoires, résultat qui se traduit à l'auscultation, aussitôt après le bain, par une diminution d'étendue des foyers congestifs.

Il ne saurait en être ainsi dans les cas de pneumonie franche; un bloc hépatisé ne peut se modifier d'une façon sensible en l'espace de quelques minutes. L'amélioration se produit peu à peu et la défervescence survient parfois plus tôt que de coutume.

L'état local n'est donc pas aggravé par le bain froid. La circulation dans le lobe hépatisé, loin d'être entravée, se rétablit insensiblement. De plus, les deux autres indications sont remplies: la dyspnée est atténuée, et les bronches; grâce à l'expectoration, sont débarrassées des sécrétions qui les obstruaient.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Dans l'étude que nous avons faite de l'action du bain froid sur les différents systèmes et appareils de l'organisme, nous avons vu quels pouvaient être pour chacun d'eux les avantages et les inconvénients de la médication réfrigérante. Ses indications et ses contre-indications sont donc implicitement contenues dans les chapitres qui précèdent, et nous n'avons plus ici qu'à les résumer brièvement.

Il est évidemment impossible de donner des règles immuables, de préciser d'une façon absolue les conditions dans lesquelles on peut administrer le bain froid au cours de la pneumonie. Les caractères de la maladie diffèrent d'un sujet à l'autre, variant avec l'âge, la vigueur et l'état des organes des malades. Ainsi que le disait Peter, ce ne sont pas des maladies que l'on traite, mais des malades ; la pneumonie revêt des formes différentes, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme ; elle est en quelque sorte individualisée par celui qu'elle atteint. C'est donc au clinicien qu'il appartiendra de juger, dans chaque cas en parti-

culier, de l'opportunité du traitement par les bains froids, et grâce à un discernement attentif, il n'aura jamais à en regretter l'emploi.

La température élevée est une des indications les plus nettes ; nous avons vu que, lorsqu'elle se prolonge, elle affaiblit le malade et peut devenir dangereuse pour le cœur. Jürgensen baignait tous les pneumoniques dont la température atteignait ou dépassait 39 degrés. Mais le médecin allemand devait forcément, comme tous les fanatiques, tomber dans l'exagération, et, pour notre part, il nous paraît inutile de traiter par les bains ces pneumonies bénignes qui guérissent presque toujours spontanément ou sous l'influence d'un simple régime.

Si la fièvre fait défaut, comme cela arrive si souvent chez les pneumoniques débilités, cachectiques, ou chez les vieillards, les bains froids ne répondent à aucune indication ; ils doivent même être formellement écartés, ces malades n'ayant pas la vigueur nécessaire pour que la réaction se produise. Nous savons bien, du reste, à l'encontre de l'opinion de Liebermeister, que l'état grave n'est pas toujours en rapport avec l'ascension thermométrique ; l'apyrexie, dans la pneumonie des vieillards, est un fait commun, et l'extrême gravité de celle-ci semblerait donner raison à cette théorie d'après laquelle la fièvre serait un moyen de défense de l'organisme à l'égard de l'infection, d'où il s'ensuivrait que la gravité de la maladie

serait en raison inverse du degré d'élévation de la température.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'action sthénique du bain froid sur le système nerveux. L'adynamie cesse en général très rapidement, le délire et l'agitation ne tardent pas à disparaître chez les malades soumis au traitement. Bon nombre d'entre eux, avec des symptômes locaux en apparence sans gravité, présentent un état général peu en rapport avec la lésion pulmonaire ; chez ceux-là, c'est sur le système nerveux que le bain froid portera tous ses effets. Nous pouvons donc le considérer, au même titre que l'alcool, comme le médicament de l'adynamie ; ce dernier d'ailleurs ne devra jamais être banni de la thérapeutique de la pneumonie ; il sera toujours d'un utile secours au médecin comme adjuvant de la méthode antipyrétique.

Nous avons vu aussi que l'albuminurie n'est pas une contre-indication, puisque, loin d'augmentation, l'albumine, chez tous nos malades, a presque toujours disparu promptement sous l'influence des bains.

Faut-il craindre les congestions encéphaliques, en raison du refoulement brusque du sang de la périphérie vers les organes profonds ? Peut-être, mais aucune de nos observations n'en fait mention ; hâtons-nous de dire que l'objet principal des affusions froides sur la tête est de parer à ces complications.

Les contre-indications fournies par l'état du poumon sont presque nulles. Nous avons dit que le bain froid diminue la dyspnée d'une façon manifeste, qu'il favorise l'expectoration et que par suite la circulation tend à se rétablir dans le lobe hépatisé. Il est certain qu'on ne peut espérer de pareils résultats dans les cas où la lésion pulmonaire est trop avancée, ou lorsque l'hépatisation a envahi une trop grande étendue du poumon. Dans ces cas, du reste, la mort, lorsqu'elle survient, ne résulte pas tant de la diminution du champ respiratoire que de l'insuffisance cardiaque qui ne tarde pas à se produire.

Ceci nous amène à dire que les principales contre-indications sont dues presque toujours à l'état du cœur et des vaisseaux. En face d'un cœur très fatigué, et a fortiori si cet organe présente les signes d'une lésion antérieure, la plus grande réserve s'impose. Nous savons que l'on a pu guérir par les bains froids des typhiques, des pneumoniques même, présentant les symptômes d'affections cardiaques anciennes ; ce sont des résultats heureux, mais certainement exceptionnels, et il ne conviendrait pas, selon nous, de généraliser l'emploi de la méthode à tous les cas de ce genre, sous peine de la voir tomber dans un discrédit immérité. Lorsqu'on croira devoir y recourir, on espacera largement les bains au début, et la température en sera d'abord modérée.

Les sujets très athéromateux ne devront pas être baignés, aussi la médication réfrigérante se trouve-t-elle pour ainsi dire exclue dans la pneumonie des vieillards. La réaction énergique qui s'opère chez les individus vigoureux, on ne peut l'exiger d'un cœur usé, d'un organisme débilité. Chez les enfants, au contraire, les organes étant presque toujours sains, les bains froids seront constamment employés avec avantage : toutes les observations en font foi.

Lorsque les sujets seront très affaiblis, il sera indiqué de les tonifier et de soutenir l'énergie du cœur ; l'alcool avant et après le bain, au besoin les injections hypodermiques d'éther et de caféine, seront pour la méthode hydrothérapique de précieux auxiliaires.

En résumé, bien qu'il soit difficile de formuler d'une manière rigoureuse les contre-indications du bain froid dans la pneumonie, nous pouvons dire qu'elles résident surtout dans l'âge trop avancé des malades, et dans l'état de leur appareil circulatoire. Dans tous les cas où ces contre-indications n'existent pas, les bains froids donnent toujours de bons résultats ; les malades les plus gravement atteints leur doivent souvent la vie ; les autres sont toujours notablement soulagés.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent sont au nombre de seize ; elles ont toutes été prises à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le docteur Comby. La première et la troisième seules nous sont personnelles ; toutes les autres ont été recueillies par M. Kahn, interne du service, et par nos collègues les externes : à tous nous adressons l'expression de notre bien vive gratitude pour la complaisance qu'ils ont mise à nous procurer ces documents.

Outre les seize observations que nous publions, il en est une dont nous n'avons malheureusement pu nous procurer les détails, et qui présentait ceci de particulier que, le malade étant arrivé avec une dyspnée de 60 respirations par minute, cette dyspnée tomba, dès le premier bain, à 28 respirations ; les autres symptômes s'atténuèrent bientôt également et la guérison fut rapide.

A part les bains froids, le traitement de nos pneumoniques a varié suivant les cas, et, suivant les indications on a donné les adjuvants qui paraissaient utiles. Tous les malades ont été soumis au régime lacté, absolu pour les albuminuriques ; le

vin a été permis aux autres, sous forme de limonade vineuse, ainsi que le bouillon. L'alcool, le sulfate de quinine à faibles doses, et, en cas de nécessité, les injections hypodermiques d'éther et de caféine, complétaient le traitement. Il nous a semblé que la quantité de liquides ingérés par les malades n'était pas indifférente ; ceux qui en absorbaient le plus avaient naturellement une sécrétion urinaire abondante et guérissaient en général plus vite.

En résumé, nous avons traité par les bains froids dix-sept pneumoniques, sur lesquels nous avons eu quinze guérisons et deux décès. Le malade de l'observation IV était un débilité et un alcoolique ; il était entré à l'hôpital au huitième jour de sa pneumonie, alors que l'hépatisation grise existait déjà ; nul doute n'était possible sur l'issue de la maladie, et on ne lui donna deux bains froids qu'avec l'espoir de lui procurer un léger soulagement ; le seul résultat fut une diminution de sa dyspnée.

Dans l'observation VII, nous avons un malade qui ne présentait aucune réaction après le bain ; dans ce cas, nous l'avons dit ailleurs, le pronostic est extrêmement grave.

Le nombre des bains a été très variable suivant les sujets ; la moyenne a été de sept à huit, la défervescence s'étant presque toujours faite ou tout au moins annoncée après deux ou trois jours de traitement. Le malade de l'observation V n'a pris

qu'un seul bain, à cause de son âge avancé et des intermittences de son pouls; cependant il s'en est bien trouvé, et la température a commencé à descendre immédiatement après.

Chez la plupart de nos malades, la défervescence ne s'est pas produite brusquement comme c'est la règle dans la pneumonie; la température s'abaissait graduellement de quelques dixièmes, ou d'un degré chaque jour, pour arriver à 37° en deux ou trois étapes. Nous signalons à l'appui de notre dire l'observation VI, où la température après être restée à 40° pendant six jours, a commencé à descendre après les premiers bains, pour atteindre la normale six jours plus tard : défervescence lytique, sans oscillations, en escalier.

Le moment de la défervescence est arrivé souvent deux ou trois jours avant le terme habituel; plusieurs malades ont été complètement apyrétiques à partir du sixième jour; chez le plus grand nombre, la fièvre est tombée du septième au huitième jour.

\\ OBSERVATION I

Pneumonie du sommet droit; Défervescence au sixième jour; Pleurésie double consécutive; Guérison.

La nommée Marie M..., domestique, a été prise brusquement, le 10 mai 1892, pendant son travail,

d'un violent point de côté à droite, avec frissons et fièvre. Cet état, compliqué de courbature et de céphalalgie, l'a obligée à se coucher immédiatement. Elle entre à l'hôpital Tenon le 11 mai. Ses antécédents, tant héréditaires que personnels, sont nuls. Ses parents sont bien portants; elle-même n'a jamais été sérieusement malade. Elle est âgée de 20 ans.

12 mai. — On est frappé tout d'abord par la congestion extrême du visage. Les pommettes sont très colorées, les lèvres cyanosées. La malade semble sur le point d'asphyxier; on compte 48 respirations par minute. Pouls régulier, mais très fréquent: 140 pulsations. Température, 40°. Langue sèche et saburrale; vomissements et constipation.

Miction involontaire; urine rare et sédimenteuse, contenant une quantité notable d'albumine.

Toux incessante, sans expectoration.

Insomnie absolue, mais pas de délire.

La percussion du thorax révèle une matité absolue dans la région sous-claviculaire du côté droit. On entend à ce niveau un souffle tubaire assez étendu, et des râles crépitants dans l'aisselle. En arrière et au sommet, matité et abolition complète du murmure vésiculaire. On trouve à la base gauche des signes de congestion.

Pas de bruits anormaux au cœur.

Traitement. — Ventouses scarifiées au niveau de la région hépatisée; sulfate de quinine, 1 gramme; alcool; régime lactée.

13 mai. — Température, 40°; pouls, 135; respiration, 63.

L'auscultation donne les mêmes résultats que la veille. On constate, en outre, l'existence d'un léger souffle sous la clavicule gauche.

On prescrit comme traitement 1 gramme de sul-

fate de quinine et un gramme de poudre de digitale. De plus, on se décide, en raison de la dyspnée toujours très vive, à donner des bains froids de dix minutes, à la température de 20 degrés. Sous l'influence de ces bains, la fièvre diminue peu, mais la respiration devient moins fréquente.

1^{er} bain. Temp. avant : 41°4. Après : 41°.

2^e — — 40° — 39°6.

14 mai. — Respiration, 50; pouls, 135; température, 40°3.

La malade a eu une épistaxis abondante la veille, une demi-heure après le premier bain. Pendant toute la nuit elle a été agitée et elle a eu du délire. Les signes donnés par l'auscultation ont peu varié. Le souffle paraît cependant moins étendu; on entend encore des râles crépitants sous la clavicule droite. La toux est toujours fréquente et pénible, l'expectoration nulle. On prescrit de nouveau trois bains.

1^{er} bain. Temp. avant : 39°4. Après : 40°.

2^e — — 39°9. — 39°9.

3^e — — 39°9. — 39°4.

Le dernier bain a été donné à 8 heures du soir. La défervescence s'est produite quelques heures après.

15 mai. — Température, 37°2; respiration, 42; pouls, 90.

En avant du thorax, des deux côtés, on entend un léger souffle, et des râles, plus gros que les jours précédents, dans l'aisselle droite. Les bains sont supprimés.

16 mai. — Le souffle a disparu; il n'y a plus que des râles humides, disséminés dans toute la poitrine.

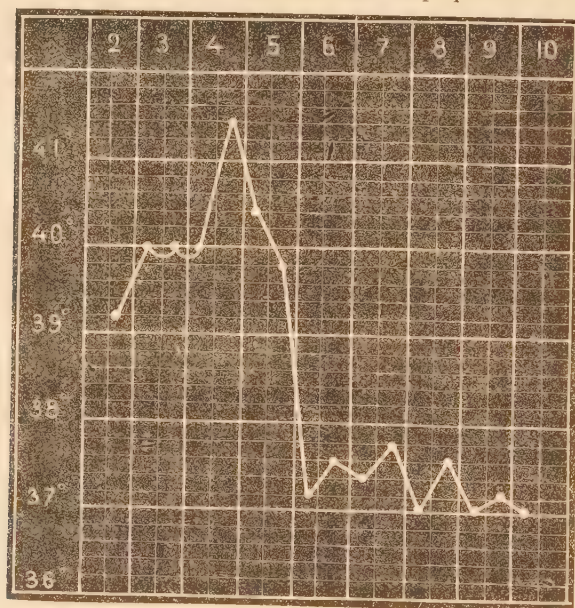
Température, 37°4; respiration, 32; pouls, 78.

Depuis deux jours, la quantité d'urine est très abondante et l'albumine a disparu. Le sommeil est revenu; la malade se trouve bien et demande des

aliments. On supprime les médicaments, mais on maintient le régime lacté.

Le mieux persiste pendant trois jours. Le 19 au soir, un point de côté survient de nouveau à droite, avec frissonnements et légère ascension de la température, qui monte à 38°. La toux est plus fréquente et l'oppression a reparu. On compte 45 respirations et 78 pulsations par minute. Par la percussion, on trouve une zone de matité assez étendue à la base droite; le murmure vésiculaire est remplacé à ce niveau par un souffle de pleurésie; plus haut on trouve des frottements qui ne s'entendent que pendant les mouvements respiratoires un peu énergiques. On constate très nettement le signe de l'égophonie.

23 mai. — Les signes stéthoscopiques n'ont pas



varié, mais la température est redevenue normale et la respiration a repris son rythme habituel.

26 mai. — La malade se sent beaucoup mieux ; elle a commencé à manger. On n'a pas noté de nouvelle élévation de la température, et cependant on constate, *aux deux bases*, des signes de pleurésie, avec un très léger épanchement. Un vésicatoire est appliqué de chaque côté.

A partir de ce moment, la convalescence a été rapide et s'est faite régulièrement.

OBSERVATION II

Pneumonie du sommet droit ; Défervescence au sixième jour.

B..., cultivateur, âgé de 49 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} juin. Deux jours avant, il a été pris brusquement et sans cause appréciable d'un violent mal de tête, accompagné de frissons et de vomissements. Il est d'aspect robuste et paraît jouir d'une bonne constitution. La seule maladie qu'il ait faite remonte à 1887. Il est resté à cette époque une douzaine de jours au lit ; il toussait beaucoup et avait, dit-il, mal dans la poitrine. Il s'est très bien rétabli et n'a jamais cessé de travailler depuis ce moment. Il ne paraît pas éthylique. Aucun antécédent héréditaire à noter.

A son arrivée, il accuse un violent point de côté au dessous du mamelon droit. Le visage est très congestionné, l'abattement extrême. Le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. Anorexie complète, langue sèche et saburrale ; insomnie, mais pas de délire. La toux est rare ; il y a quelques crachats dont la teinte est caractéristique. Le phénomène essentiel est la dyspnée ; on compte 54 respirations à la minute. Le pouls est à 120. Température : 40°2. Les urines sont rares, non albumineuses.

Les signes physiques ne répondent pas à l'intensité des phénomènes généraux. On trouve dans l'aisselle droite une zone de matité très étendue et on entend en ce point un souffle superficiel et peu intense. Après la toux, on perçoit aussi quelques râles crépitants.

Le traitement est commencé le 2 juin. On applique quatre ventouses scarifiées au niveau du foyer pneumonique et on donne cinq bains à 18 degrés, de dix minutes chacun, dans les vingt-quatre heures. En outre, potion de Todd.

La température diminue rapidement dans la soirée, mais remonte pendant la nuit à près de 40°.

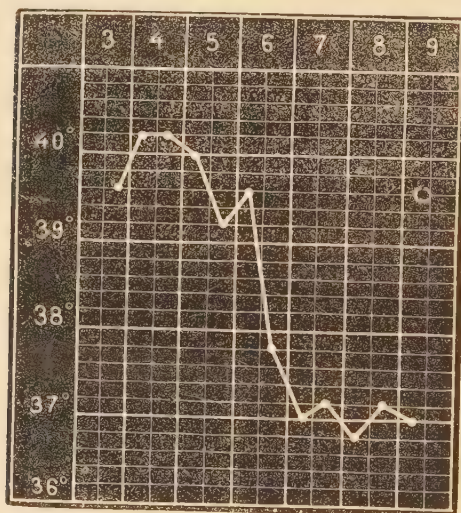
1^{er} bain. Temp. avant : 40°4. Après : 39°6.

2^e — — — 39°8 — 39°.

3^e — — — 38°6 — 38°.

4^e — — — 38°8 — 39°.

5^e — — — 39°4 — 39°6.



Dès les premiers bains, les symptômes généraux s'atténuent rapidement ; le malade répond mieux quand

on l'interroge ; li se dit complètement débarrassé. Il respire plus amplement, et la dyspnée a presque disparu.

Le 3 juin, la température est encore à 39°6 ; on continue les bains, malgré l'amélioration survenue dans l'état général.

1^{er} bain. Temp. avant : 40°. Après : 39°4.

2^e — — 39°6 — 38°2.

3^e — — 38° — 37°6.

Après ce dernier bain, la défervescence est définitive ; elle est survenue au sixième jour. On ne trouve plus à l'auscultation que quelques râles sous-crépitaux disséminés. La convalescence est très rapide et le malade sort le 13 juin.

OBSERVATION III

Pneumonie du sommet gauche ; Pleurésie consécutive ; Guérison.

G..., 29 ans, doreur sur métaux, entre à l'hôpital le 26 décembre 1892, n'ayant jamais été malade. Depuis trois ou quatre jours, il se plaint d'une douleur lancinante dans le côté gauche de la poitrine, avec des frissons et une céphalalgie persistante. Légère épistaxis dans la nuit qui a précédé son arrivée. Il n'est pas alcoolique ; cependant, il présente des phénomènes nerveux très accusés. Délire furieux.

La toux est fréquente, l'expectoration abondante, les crachats très adhérents et de couleur ambrée.

Langue sale, anorexie et constipation. Quelques vésicules d'herpès à la commissure des lèvres. Pas d'albumine dans l'urine. La température s'élève à 40°5 ; le pouls est rapide, entre 110 et 120 ; le rythme respiratoire est accéléré.

On constate une matité absolue au sommet du pou-

mon gauche, en arrière, s'étendant jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. L'auscultation révèle à ce niveau un souffle tubaire et des râles crépitants. A la base droite, le murmure respiratoire est affaibli, couvert par des râles qui dénotent une congestion assez intense. Rien d'anormal au cœur.

On commence le traitement le 27. Alcool et régime lacté. On donne trois bains à 20 degrés dans la journée.

1^{er} bain. Temp. avant : 40°. Après : 39°6.

2^e " — — 40 8 — 40°.

3^e " — — 40°2 — 39°4.

Le 28, la dyspnée est moins forte ; la nuit a été plus calme, bien qu'il y ait eu encore un peu de délire. Sueurs profuses le matin. On compte encore 100 pulsations et 32 respirations par minute. Température : 38°6. Le souffle persiste, surtout dans l'aisselle, et, tout autour, on entend de gros râles humides. La pneumonie est en voie de résolution. On supprime les bains.

A partir de ce jour, la température oscille aux environs de 38 degrés. Le 5 janvier, le malade se plaint de respirer difficilement ; il accuse une douleur assez vive à gauche pendant l'inspiration. A l'auscultation, on constate des signes de pleurésie sèche. Les jours suivants, un léger épanchement se produit. On applique un vésicatoire à la base gauche.

Le 12 janvier, la respiration est normale partout et le malade est en pleine convalescence. Il quitte l'hôpital le 2 février.

OBSERVATION IV

Pneumonie du sommet droit chez un alcoolique arrivé à l'hôpital le huitième jour de sa maladie. Hépatisation grise. Mort.

M..., 30 ans, marchand ambulant, souffrant depuis

un mois de troubles gastriques et d'une courbature générale, a éprouvé, huit jours avant son entrée à l'hôpital, un violent point de côté avec frissons et gêne respiratoire. Il n'a pas été soigné, et son état devenant plus grave, on l'a transporté à l'hôpital le 3 février.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ; lui-même ne s'est jamais alité, mais c'est un alcoolique endurci. Il boit régulièrement sept ou huit verres d'absinthe chaque jour ; il avoue même avoir été souvent jusqu'à quinze. En revanche, c'est à peine s'il prend quelque nourriture depuis fort longtemps. Les symptômes de l'éthylisme sont complets : cauchemars, insomnies, pituites, tremblements des mains, crampes dans les jambes. Le réflexe pharyngien est aboli.

La pâleur et l'émaciation sont extrêmes. Le malade est agité et répond difficilement aux questions qui lui sont posées. Le thermomètre indique 40° comme température rectale. La respiration est très rapide.

Le thorax présente une voussure appréciable au dessous de la clavicule droite. De ce côté de la poitrine, les vibrations sont accrues en avant et en arrière. La percussion révèle une matité qui s'étend, en arrière, jusqu'à la partie moyenne du poumon. La sonorité est normale à gauche.

A l'auscultation, on entend en arrière, du côté droit, un souffle très étendu, avec des râles érépitants mélangés de quelques râles muqueux ; bronchophonie très nette. En avant, le murmure vésiculaire est complètement aboli : on n'entend rien. A gauche, la respiration est normale, sauf à la base, où l'on trouve des signes de congestion.

L'expectoration est peu abondante ; les crachats sont rouillés et très visqueux.

Les battements du cœur sont rapides ; l'auscultation ne révèle aucune lésion des orifices. Les artères ne

semblent pas athéromateuses. On compte 120 pulsations à la minute.

La langue est sèche et saburrale, l'anorexie complète ; les vomissements et la diarrhée, symptômes qui existaient avant l'arrivée du malade, ont cessé.

La région du foie n'est pas douloureuse à la pression ; le bord inférieur ne dépasse pas les fausses côtes. La matité splénique est appréciable.

Les urines sont rares et très foncées ; on y trouve des pigments biliaires et un gramme environ d'albumine par litre.

4 février. — Le malade est en proie au délire, qui d'ailleurs a été continu pendant la nuit. L'agitation n'a pas cessé ; il s'est levé de son lit et a voulu sortir de la salle.

Les signes donnés par l'auscultation sont les mêmes que la veille. On prescrit de l'alcool et de la caféine, et on donne deux bains à 20 degrés, à 11 heures du matin et à 4 heures du soir.

1^{er} bain. Temp. avant : 40°4 ; Après : 40°.

2^e — — — 40°8 ; — 39°8.

La durée de l'immersion a été de huit minutes chaque fois. La dyspnée a paru diminuer sous l'influence des bains, mais le délire persiste pendant toute la nuit et la mort survient le 5 février à neuf heures du matin.

Autopsie. — On trouve des adhérences pleurales au sommet droit. Les deux tiers supérieurs du poumon présentent les caractères de l'hépatisation grise. Le poumon gauche est fortement congestionné.

Le cœur est surchargé de graisse ; les valvules paraissent saines.

Le foie est grasseux et un peu hypertrophié.

La rate et les reins sont volumineux, mais sans lésions appréciables.

OBSERVATION V

Pneumonie du sommet droit chez un individu âgé, affaibli, alcoolique ; Guérison.

L..., journalier, 59 ans, entre à l'hôpital le 7 février 1893. Sa mère est morte d'une affection pulmonaire. Il a eu douze enfants, qui sont tous morts. Dans ses antécédents personnels, il faut noter une fièvre typhoïde, à l'âge de 30 ans, dont il s'est bien remis. Cinq ans plus tard, alors qu'il était en Italie, il aurait eu des accès de fièvre intermittente, durant trois années. Il avait autrefois des habitudes d'intempérance, mais depuis trois ou quatre mois, il vit misérablement, ne pouvant se nourrir que d'une façon insuffisante, buvant de l'eau, couchant dans les asiles de nuit. Il a beaucoup maigri et tousse depuis deux mois.

A son arrivée, il se plaint d'une lassitude générale, de céphalalgie, d'oppression, d'un point de côté à droite. Il raconte qu'il a eu, la veille, un frisson qui a duré dix minutes. La température, cependant, est normale ; ce n'est que le lendemain soir, 8 février, qu'elle s'élève rapidement à 40° ; on peut donc considérer ce jour comme marquant le début de la pneumonie.

La dyspnée est vive ; on compte 50 respirations par minute.

La toux est rare, l'expectoration peu abondante, les crachats sont de couleur sucre d'orge. Le malade prétend qu'ils sont striés de sang depuis quatre ou cinq jours.

Pouls fréquent, dicrote et présentant des intermittences.

A l'examen de la poitrine, on trouve de la matité au

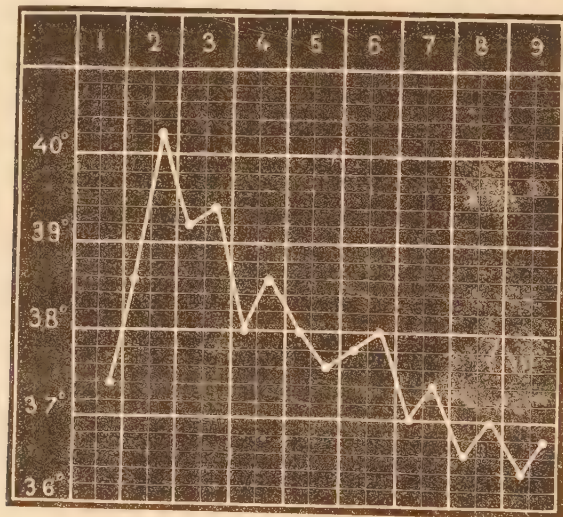
sommet droit, matité accusée surtout en arrière. La percussion est douloureuse ; les vibrations thoraciques sont exagérées. Le murmure respiratoire est supprimé dans toute cette région et remplacé par un souffle tubaire et des bouffées de râles crépitants ; le maximum du souffle siège à la partie externe de la fosse sus-épineuse. La voix est nettement transmise à l'oreille.

Le cœur est difficile à ausculter, en raison de la dyspnée ; cependant les bruits paraissent normaux.

La langue est sèche, l'appétit nul ; le ventre est ballonné et le malade a de la diarrhée, qui persiste jusqu'à la fin de la maladie.

Sécrétion urinaire diminuée. Pas d'albumine.

Le 8 février, à 6 heures du soir, on donne un bain à 20° durant dix minutes. Il est très bien supporté ; la température, qui s'élevait à 40°4 avant le bain, n'a baissé que de quelques dixièmes immédiatement après.



Elle continue d'ailleurs à descendre et, à 8 heures, le thermomètre marque 39°2. La dyspnée a diminué.

Malgré l'amélioration notable produite par le bain, on suspend cette médication, en raison de l'âge du malade et des intermittences du pouls. On donne une potion à l'alcool et un gramme de caféine.

Le 9, la température vespérale n'est plus qu'à 38°6 ; le lendemain elle s'abaisse encore d'un degré. L'apyrexie est complète le sixième jour.

La dyspnée, qui avait été atténuée par le bain, a reparu les jours suivants et a persisté encore pendant quelque temps.

Au moment de la défervescence, la sonorité est presque normale, le souffle a disparu ; on entend seulement des râles humides aux deux temps de la respiration. La guérison est bientôt complète.

OBSERVATION VI

*Pneumonie du sommet droit chez un enfant de 7 ans ;
Défervescence lente ; Guérison.*

Antécédents héréditaires. — Père mort à 38 ans d'une méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — En juin 1892, l'enfant eut une fièvre typhoïde grave, qui le tint deux mois au lit. Peu développé physiquement pour son âge, il ne présentait aucun symptôme thoracique avant la maladie actuelle.

Celle-ci a débuté brusquement. Le 3 mars à midi, en rentrant de l'école, le jeune Henri M... est pris d'un violent frisson, accompagné de vomissements. Bientôt survient une douleur vive dans le côté droit de la poitrine, empêchant le malade de respirer fortement. Le soir, la température est de 40°.

4 mars. — Les pommettes sont rouges, la dyspnée

assez marquée (36 respirations par minute). A l'auscultation, on constate une diminution notable du murmure vésiculaire dans tout le poumon droit. Pas de râles. Température le matin, 39°8; le soir, 40°. Pouls: 124.

5 mars. — Tout à fait au sommet, dans la fosse sus-épineuse droite, la sonorité est diminuée. A la fin de l'inspiration, on entend en ce point des bouffées de râles très légers et très fins. Température le matin 39°6; le soir, 40°. Pouls: 124. On applique un vésicatoire de la dimension d'une pièce de cinq francs, qu'on laisse en place pendant quatre heures sur la région sus-épineuse. Potion de Todd avec extrait de quinquina.

6 mars. — Les râles fins ont fait place à un souffle tubaire; qu'on entend nettement dans la fosse sus-épineuse. La bronchophonie est très marquée. Pas d'expectoration. Le point de côté persiste, mais il est moins douloureux. Température le matin, 39°6; le soir, 40°4. Pouls: 132. Respiration: 40.

7 mars. — Le souffle a augmenté d'étendue; on l'entend maintenant dans le tiers supérieur de la fosse sous-épineuse. On ne trouve pas le moindre râle de bronchite; c'est une pneumonie absolument franche. L'enfant est abattu; la température est toujours très élevée. On prescrit des bains froids, à la température de 25 degrés. On en donne trois par jour. Le premier est donné à midi.

Température avant; 40°4. Après: 40°1.

Il est assez mal supporté; l'enfant pleure et se débat; on est obligé de le sortir de l'eau après cinq minutes.

Le deuxième, donné à 4 heures du soir est beaucoup moins pénible; l'enfant y est laissé 10 minutes.

Température avant; 40°1. Après; 39°.

Ces bains ont provoqué des quintes de toux suivies

d'une expectoration de mucosités assez abondantes. La dyspnée est moins vive ; l'état général semble meilleur. L'enfant est moins abattu, il s'intéresse davantage à ce qui se passe autour de lui.

Le troisième bain, donné à dix heures du soir, est également bien supporté.

Température avant : 39°6 ; Après : 39°1.

8 mars. — La nuit a été meilleure que les précédentes ; le malade a pu dormir quelques heures. La température est encore à 40°, le pouls à 116 ; on compte 40 respirations. Le souffle s'entend au sommet de l'aisselle ; on ne le perçoit pas en avant. Trois bains, de dix minutes chacun, sont très bien tolérés, et l'enfant les prend sans répugnance.

1^{er} bain à 11 h. Temp. avant : 39°4 ; Après : 38°6.

2^e bain à 4 h. — 39°4 ; — 38°.

3^e bain à 10 h. — 39°9 ; — 38°4.

9 mars. — Température, 39°5 le matin et le soir ; 128 pulsations ; 40 respirations. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes que le jour précédent. Le malade accuse une douleur à la région précordiale ; on ne trouve rien d'anormal à l'auscultation du cœur. L'état général est bon ; l'enfant prend bien ses médicaments ; il boit environ un litre de lait par jour. On continue les bains.

1^{er} bain à 11 h. Temp. avant : 39°1 ; Après : 38°4.

2^e bain à 4 h. — 39° ; — 37°2.

3^e bain à 10 h. — 38°6 ; — 38°.

10 mars. — Le malade a bien dormi après son dernier bain ; la dyspnée est moins grande (32 respirations). Pouls : 120. Température, 39°2. L'auscultation n'a pas varié ; on n'entend pas encore de râles de retour. On donne trois bains comme les jours précédents ; ils sont toujours très bien tolérés.

1^{er} bain à 10 h. Temp. avant : 38°6 ; Après : 37°4.

2^e bain à 4 h. — 38°4 : — 37°9.

3^e bain à 10 h. — 38°2 ; — 37°4.

11 *mars*. — Le souffle diminue d'étendue ; après la toux, on entend des râles humides dans tout le tiers supérieur du poumon. La température du matin est de 39°2. L'état général étant bien meilleur, on suspend les bains froids.

12 *mars*. — Les râles de retour s'entendent très nettement ; le souffle continue à s'atténuer. La dyspnée diminue (30 respirations par minute). Le pouls est à 116. Température du matin : 38°7 ; du soir : 38°2.

13 *mars*. — Le souffle a presque disparu, et les râles humides sont très abondants. L'état général continue à être très bon.

Les jours suivants, les symptômes thoraciques s'effacent progressivement ; la température continue à s'abaisser lentement, et le malade atteint 37° le 14 mars, douzième jour de sa maladie.

La convalescence s'est faite sans accidents.

OBSERVATION VII.

W... Adolphe, 25 ans, tourneur en métaux, entre à l'hôpital Tenon, le 29 mars 1893. Rien de bien intéressant dans ses antécédents ; à noter seulement qu'il fût atteint de l'influenza en 1890, et qu'il toussa longtemps à la suite de cette maladie. Il ne paraît pas éthylique.

Pendant les huit jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il était courbaturé et avait été obligé de cesser son travail ; l'appétit cependant était conservé. Le 27 mars, il se réveille avec un point de côté à droite, au dessous du mamelon ; il a des frissons et de la

fièvre, pas de vomissements. Cet état s'aggrave encore dans la soirée; une diarrhée abondante se déclare, la dyspnée devient plus vive et le malade est en proie à une céphalalgie violente, localisée à la région frontale.

Il n'arrive à l'hôpital que le 29 mars, et on note, outre les symptômes précédents, une congestion extrême de la face, une toux assez fréquente, une expectoration abondante qui paraît déjà contenir du pus. A l'auscultation, on trouve un souffle tubaire vers la partie moyenne de l'omoplate droite; il se propage vers l'aisselle, mais on ne l'entend pas en avant. On trouve des râles crépitants au même niveau, et des râles humides disséminés dans toute l'étendue du poumon. Rien de particulier à gauche. Bruits du cœur normaux. Un gramme d'albumine.

On prescrit comme traitement une potion de Todd, du café et le régime lacté. On donne aussi des bains froids. Le malade les tolère assez bien les premiers jours, mais la température reste toujours très élevée. Le 2 avril, la situation continuant à s'aggraver, on supprime les bains, à cause de l'affaiblissement extrême du malade et de l'absence de réaction.

Le souffle augmente d'étendue; l'expectoration a la couleur jus de pruneaux caractéristique de l'hépatisation grise; l'albumine persiste. Le malade meurt le 3 avril, huitième jour de sa pneumonie.

Autopsie. — Tout le poumon droit présente les caractères de l'hépatisation grise; hépatisation rouge au sommet du poumon gauche. Léger épanchement fibrineux dans la plèvre droite. Reins congestionnés. Rate et foie normaux.

OBSERVATION VIII.

L... Henri, 25 ans, couvreur, entré le 31 mars.

La veille de son arrivée à l'hôpital, il a été pris brusquement d'un point de côté très douloureux à droite, avec frissons et fièvre. Ses antécédents héréditaires sont bons. Dans ses antécédents personnels, on relève des fièvres intermittentes vers l'âge de 22 ans, et, il y a un an et demi, une pleurésie siégeant à gauche, qui aurait guéri spontanément. Le malade a été aux colonies, où il a contracté des habitudes d'alcoolisme.

La face est rouge, la respiration gênée, et le malade est dans un état de prostration absolue. Le pouls est dicrote et donne 100 pulsations par minute. On compte 32 respirations. Expectoration de crachats rouillés caractéristiques.

A la palpation, matité à droite et en arrière dans tout le tiers moyen du poumon. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, on entend un souffle tubaire très intense, avec des râles crépitants autour de ce foyer. Les battements du cœur sont réguliers et cet organe paraît sain.

Langue sèche et saburrale; anorexie absolue; pas de diarrhée ni de constipation. Les urines sont rares, très colorées, riches en urates et contiennent de l'albumine.

On prescrit trois bains froids par jour, une potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina, du lait et de la limonade vineuse.

1 ^{er} bain,	à 1 heure du soir.	Temp. avant:	40°.	Après:	36°8.
2 ^e	— à 3 heures —	—	39°2.	—	39°6.
3 ^e	— à 7 heures —	—	39°3.	—	37°2.

Les bains sont très bien supportés, et le lendemain 2 avril, le malade se sent mieux, il est moins gêné pour respirer; la dyspnée a diminué notablement. L'auscultation donne les mêmes signes que la veille,

mais les râles crépitants sont plus nombreux. Comme le jour précédent on donne encore trois bains :

1^{er} bain, à 7 heures du matin. Temp. avant : 38°6. Après : 37°8.

2^e — 11 — — — — 38°4. — 37°6.

3^e — 4 — du soir. — — 39°8. — 38°4.

Le malade est soumis à ce traitement encore pendant deux jours ; les bains sont toujours très bien tolérés. La dyspnée ayant presque disparu, et la température restant au dessous de 39°, on les supprime le 5 avril. Le 7, le souffle a disparu ; il est remplacé par de nombreux râles sous-crépitaux. La température monte encore à 38°5 le soir, mais la défervescence, qui s'est faite lentement, est complète le lendemain, et le malade est bientôt en pleine convalescence.

OBSERVATION IX

B... Isidore, journalier, 17 ans, entre à l'hôpital Tenon le 14 avril 1893. Le 10 avril, il est pris en pleine santé d'un point de côté à gauche, exaspéré par la toux et assez douloureux pour l'empêcher de dormir. Le lendemain, il veut se rendre à son travail, mais un violent frisson l'oblige à se recoucher. Dans la journée, il a des vomissements. Depuis, il est resté couché, dormant peu et délirant la nuit, avec une toux pénible et une respiration assez fréquente.

Il n'a jamais été malade et n'a pas d'antécédents héréditaires intéressants.

A son arrivée, il a la face rouge, la langue sèche et blanchâtre. La dyspnée est vive (36 respirations), la soif ardente. Les vomissements ont cessé, mais le malade a un peu de diarrhée.

L'auscultation est normale en avant. En arrière,

dans le quart inférieur du poumon gauche, on trouve de la matité, une augmentation des vibrations thoraciques, un souffle tubaire et de la bronchophonie. Pas d'expectoration.

Pouls normal comme amplitude et comme rythme ; 104 pulsations. Rien au cœur.

Léger nuage d'albumine dans l'urine, qui est peu abondante.

Traitement. — Potion de Todd avec extrait de quinquina ; ventouses sèches ; bouillon et lait. Bains à 25° pour commencer, trois par jour. Ils sont très bien supportés ; le premier n'est même pas pénible ; le malade réagit très nettement.

1^{er} bain à 3 h., soir. Temp. avant : 40° ; après : 38°5.

2^e — 6 h., soir. — 40° ; — 38°6.

3^e — 9 h., soir. — 39° ; — 38°8.

16 avril. — La température est toujours élevée (40°6 le matin), mais l'état général est bon. Le malade boit abondamment ; la dyspnée est moins vive (32 resp.) ; il n'a pas de délire. Le foyer pneumonique ne s'est pas étendu. La température des bains est abaissée à 20 degrés ; ils sont aussi bien supportés que la veille.

1^{er} bain à 7 h., matin. Temp. avant : 40°6 ; après : 38°6.

2^e — 11 h., matin. — 40° ; — 38°4.

3^e — 3 h., soir. — 40°8 ; — 38°2.

17 avril. — Nuit tranquille ; le malade a dormi quatre heures ; l'urine est encore rare (1/2 litre) ; l'albumine a disparu.

Pouls, 104 ; respiration, 32.

Au souffle viennent s'ajouter quelques râles humides. On donne encore trois bains à 20°.

1^{er} bain à 7 h., mat. Temp. avant : 39°6 ; après : 38°2.

2^e — 11 h., mat. — 39°4 ; — 37°8.

3^e — 4 h., soir. — 39° ; — 37°5.

18 avril. — La température est descendue à 37°9. Le

malade a bien dormi ; la quantité d'urine a augmenté (1 litre 1/2 en 24 heures). Plus de diarrhée ; sueurs peu abondantes. Le souffle a notablement diminué d'intensité, en même temps que les râles crépitants ont augmenté. On suspend les bains.

19 avril. — Température : 37°.

La convalescence se poursuit normalement. A signaler seulement une rétention d'urine qui a duré 35 heures, du 20 au 21 avril. Survenue subitement, elle a disparu de même.

OBSERVATION X

B... Pierre, âgé de 47 ans, maçon, entre à l'hôpital le 14 avril 1893. C'est un homme d'apparence vigoureuse qui, du reste, s'est toujours bien porté et qui ne présente aucun symptôme de l'intoxication alcoolique. Depuis une semaine, il était mal portant (courbature générale, céphalalgie, vertiges, anorexie, sueurs), et depuis quelques jours avait été obligé d'abandonner son travail.

Trois jours avant son arrivée, il éprouva un violent frisson, accompagné de vomissements et de point de côté ; en même temps la respiration devint fréquente, les nuits furent agitées et l'appétit disparut complètement. Il se mit au lit et ne se leva que le 14 avril, pour se faire transporter à l'hôpital.

Le visage est congestionné, la dyspnée extrême (52 resp.). La langue est sèche, la soif vive. Pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée.

Expectoration peu abondante, visqueuse, rouillée.

On n'entend rien de particulier en avant. En arrière, il y a deux foyers bien distincts où la percussion rend un son mat, où l'on entend un souffle tubaire et de la

bronchophonie : l'un, peu étendu, qui occupe la fosse sus-épineuse droite ; l'autre, qui comprend tout le tiers inférieur du poumon gauche.

Le pouls est petit, régulier ; on compte 104 pulsations par minute. Rien d'anormal au cœur.

Les urines sont rares, foncées ; elles ne contiennent pas d'albumine.

Traitement. — Todd avec extrait de quinquina ; 20 gouttes de teinture de digitale ; ventouses sèches. Comme boissons, bouillon, lait et limonade vineuse.

Bains à 25° ; deux le 15 avril, de dix minutes chacun. Rien de particulier à signaler ; ils sont très bien tolérés. 1^{er} bain à 3 h., soir. Temp. avant : 39°8 ; après : 38°6. 2^e — 6 h., soir. — 39°8 ; — 39°.

16 avril. — Nuit calme au contraire des précédentes, où le malade avait été très agité. Pas de délire. Ce qui frappe surtout, c'est la diminution de la dyspnée (36 respirations au lieu de 52), et l'aspect du malade, qui est beaucoup moins abattu qu'à son entrée. La température est descendue à 38°4 ; le pouls est toujours à 104. On donne deux bains à 20°.

1^{er} bain à 7 h., mat. Temp. avant : 38°2 ; après : 37°8. 2^e — 11 h., mat. — 38°5 ; — 37°6.

17 avril. — Température du matin : 38°. Etat général bon. La dyspnée continue à diminuer (28 resp.). Pouls : 96. Les souffles diminuent : on entend aujourd'hui des râles crépitants de retour. On suspend les bains.

Le soir, la température remonte à 39°8, à 5 heures. Un bain à 20° est donné à 7 heures. Temp. avant : 39° ; après : 38°2.

18 avril. — Température : 37°9. Le malade a uriné très abondamment pendant la nuit ; il a eu des sueurs profuses. Pas de diarrhée.

22 avril. — On n'a pas donné de bains depuis le

17 avril. Le 19, la température atteignait 37°; elle ne s'est pas élevée depuis. Etat général excellent; le malade est en pleine convalescence. A la partie moyenne du poumon gauche, on entend toujours un souffle assez rude, accompagné de quelques râles; pas d'égo-phonie.

Le malade quitte l'hôpital le 2 mai, complètement guéri.

OBSERVATION XI

H... Emile, 19 ans, découpeur, entré le 14 avril 1893.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Un de ses frères est mort d'une pneumonie à l'âge de 32 ans. Lui-même n'a jamais été malade.

Il arrive à l'hôpital dans un état général déplorable. Sans travail depuis trois semaines, il fut pris le 10 avril d'un grand frisson, accompagné d'un violent point de côté, et de vomissements. L'oppression était bientôt très accusée.

Le malade est très abattu, il présente un véritable aspect typhoïde; le teint est jaunâtre, les pommettes n'ont pas la coloration rouge habituelle. La langue est sèche; le ventre n'est pas ballonné.

La dyspnée n'est pas très vive (28 respirations par minute); le malade crache peu; l'expectoration est rouillée, adhérente.

La respiration est normale en avant. En arrière, dans la moitié inférieure du poumon droit, il y a de la matité; les vibrations thoraciques sont augmentées; on entend un souffle tubaire assez étendu, mais pas de râles.

Du côté de l'appareil digestif, on note une diarrhée très abondante; les selles sont involontaires. Malgré son état, le malade a faim et demande à manger.

Le pouls est à 112; son amplitude est normale; pas de dicrotisme; l'auscultation du cœur ne révèle rien de particulier.

Les urines sont peu abondantes, foncées, et contiennent des traces d'albumine.

Traitement. — Todd avec extrait de quinquina, café, bouillon et lait; ventouses; bains à 25°, trois par jour.

Le premier bain est donné le 15 avril à midi. Il est bien toléré; on y laisse le malade dix minutes; on le retire après le premier frisson. Température avant : 39°6; après : 39°.

Deuxième bain à 4 heures, durée 15 minutes. Température avant : 40°1; après : 38°5.

La prostration est moins prononcée que le matin. Le malade est moins indifférent; il répond bien aux questions qu'on lui adresse. A l'auscultation, on entend des râles ronflants dans toute la poitrine. — 28 respirations.

Troisième bain à 7 heures. Température avant : 41°6; après : 40°6.

A 10 heures du soir, l'abattement est redevenu extrême; la langue est sèche, le pouls toujours à 112, mais plus petit que le matin. On fait deux injections hypodermiques de caféine.

16 avril. — Le malade est mieux; la figure est plus éveillée; la diarrhée persiste. Le pouls marque 104; amplitude normale. L'auscultation du foyer pneumonique n'a pas varié. On prescrit 250 grammes d'infusion de café, et on continue les bains, à la température de 20°.

1^{er} bain à 7 h. mat. Temp. avant : 39°5; après : 38°6.
2^e — 11 h. mat. — 39°4; — 38°6.
3^e — 3 h. soir. — 40°5; — 40°.
4^e — 8 h. soir. — 40°8; — 40°.

17 avril. — Grande amélioration de l'état général.

La température, qui était hier soir à 40°4, est ce matin à 38°4. La langue est humide, le visage moins fatigué. Pouls, 88; respiration, 24. Le malade a eu des sueurs abondantes pendant la nuit; il a pu avoir quelques heures de sommeil. Pas de polyurie.

A l'auscultation, on entend maintenant, outre le souffle, des râles humides nombreux. On donne un bain à 7 heures du matin. Température avant : 38°4; après : 37°4.

18 avril. — Le souffle diminue d'étendue, les râles augmentent. Nouveau bain de 10 minutes. Température avant : 39°2; après : 37°4.

La température continue à descendre; elle atteint 37° le 21 avril. On cesse les bains et on commence l'alimentation. La convalescence se fait régulièrement.

OBSERVATION XII

*Pneumonie du sommet droit chez un alcoolique;
Guérison.*

L... Paul, 40 ans, marchand d'oiseaux, entre à l'hôpital Tenon le 19 avril 1893. Le 15, c'est-à-dire quatre jours avant son arrivée, il a été pris subitement d'un grand frisson, accompagné d'un violent point de côté siégeant à la partie inférieure de la région axillaire droite, et de vomissements abondants qui ont duré

deux jours. Il a été obligé de prendre le lit immédiatement.

Le 17, délire violent ; le malade a tenté de se jeter par la fenêtre. Le 18, état stationnaire ; le délire persiste.

Le 19, il entre à 4 heures dans le service de M. le docteur Comby, salle Pidoux, n° 18. Le délire, qui avait disparu un instant, le reprend avec violence vers 5 heures.

Antécédents héréditaires sans importance ; son père est mort, à 68 ans, à Bicêtre ; sa mère, à 27 ans, probablement tuberculeuse. Lui-même n'a aucun antécédent pathologique, mais il est alcoolique. Depuis nombre d'années, il s'enivre presque tous les jours avec de l'alcool et de l'absinthe. Son état général est lamentable ; il est très agité ; on est obligé d'employer la force pour l'empêcher de se lever. Dans son délire il voit partout des animaux, tels que des oiseaux, des écureuils, etc. La face est rouge, vultueuse ; les pommettes saillantes et très colorées.

Expectoration peu abondante ; crachats rouillés, caractéristiques.

Par la percussion, on trouve de la matité depuis le sommet droit jusqu'à la partie inférieure de l'omoplate ; sonorité normale à gauche.

A l'auscultation, on entend au sommet droit, en arrière, un souffle tubaire intense, et autour de ce foyer, des bouffées de râles crépitants. A gauche, quelques râles humides. Rien d'anormal en avant.

Langue saburrale, soif vive, anorexie ; les vomissements ont cessé, mais le malade a une diarrhée abondante.

L'urine contient des traces d'albumine. Foie et rate normaux. Le malade présente tous les signes de l'éthylisme.

Traitement. — Bouillon et lait; limonade vineuse. Potion de Todd avec extrait de quinquina. Bains froids à la température de 20°.

Le premier bain a été pris le 20 avril à 11 heures du matin; il a été assez pénible, mais on a pu cependant y maintenir le malade dix minutes. Temp. avant : 40°1; après : 39°8.

Les bains suivants sont encore assez mal supportés. La température, qui s'était abaissée momentanément, est remontée dans la soirée à 40°4.

21 avril. — Délire pendant toute la nuit. A 7 heures du matin, on donne un nouveau bain qui est beaucoup mieux supporté que les précédents. La température, quelques instants après, est tombée à 37°4. A la visite, on suspend les bains.

Les signes stéthoscopiques ont peu varié. Le souffle tubaire et les râles crépitants persistent; les râles humides paraissent moins nombreux du côté gauche. Plus d'albumine.

Les jours suivants, la température va en s'abaissant; le 23 avril elle est à 38°. Le souffle est moins fort et moins étendu; on entend de nombreux râles crépitants de retour.

L'état général s'améliore de plus en plus et tous les symptômes s'atténuent rapidement. La défervescence est complète et définitive le 28 avril, et le malade entre en convalescence.

OBSERVATION XIII

*Pneumonie du sommet droit chez un alcoolique;
Guérison.*

D... Alexandre, 36 ans, garçon de salle, se plaint
D. 11

depuis huit jours de douleurs dans le côté droit, de faiblesse dans les jambes ; il a une fièvre violente depuis trois jours.

Son père était éthylique ; sa mère est morte emphysemateuse à 73 ans ; un de ses frères est mort tuberculeux à 42 ans. Plusieurs névropathes dans la famille.

Parmi les antécédents personnels du malade, à noter une pleurésie du côté gauche, il y a un an. Depuis cette maladie, il est resté toujours souffrant. Il est très émotif, rit et pleure pour la moindre raison ; il a eu plusieurs attaques de delirium tremens. Il a d'ailleurs tous les signes de l'éthylisme : cauchemars, tremblements, crampes dans les mollets. Le réflexe pharyngien est diminué. Hémianesthésie gauche.

Il entre à l'hôpital le 8 mai 1893. Dyspnée très accusée, face rouge, délire calme. Interrogé sur le début de sa maladie, il raconte qu'il a été pris subitement le 5 mai, de céphalalgie, frissons, tremblements, et d'une faiblesse générale très accusée.

Langue sale, anorexie absolue, nausées et vomissements, selles régulières. Le foie déborde considérablement les fausses côtes ; il est douloureux à la pression. Malgré les signes rationnels, l'auscultation ne fait rien découvrir aux poumons.

Pas d'albumine dans l'urine.

Traitement. — Régime lacté ; sulfate de quinine : 0,50 cent. Bains froids, très bien supportés.

Le 11 au matin, on trouve une matité assez limitée dans la fosse sus-épineuse du côté droit ; au même niveau souffle tubaire et râles crépitants. On diagnostique une pneumonie du sommet droit, primitivement centrale. En avant et à droite, on entend sous la clavicule des râles crépitants, mais pas de souffle.

Pendant deux jours encore, le malade a du délire.

Les bains sont toujours bien tolérés. La température reste aux environs de 38° jusqu'au 17 mai ; elle atteint 37° le 18 au soir.

Le malade sort le 23, complètement guéri.

OBSERVATION XIV

F... Charles, 42 ans, menuisier, ne présente rien d'intéressant parmi ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Il entre à l'hôpital Tenon, salle Trousseau, n° 7, dans le service de M. le docteur Comby, le 13 mai 1893.

Le samedi soir 13 mai, après avoir dîné comme de coutume, il se couche sans éprouver aucun malaise. Vers 10 heures, il se réveille en toussant, et vomit des matières alimentaires et glaireuses ; il éprouve une fièvre intense, mais n'a pas de point de côté.

Dans la journée suivante, les vomissements cessent, mais l'affaiblissement s'accroît, et le malade fait venir un médecin qui le fait transporter à l'hôpital.

La percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal à gauche. Au sommet droit, en avant et en arrière, il y a de la submatité. Dans toute la moitié supérieure du poumon, on entend des râles crépitants, qui prédominent au niveau de la fosse sous-épineuse. Après la toux, il y a aussi quelques râles sous-crépitaux. Pas de souffle.

Bruits du cœur normaux ; pouls fréquent. Dyspnée assez accusée.

Pas d'albumine dans les urines.

L'état général est assez bon ; le malade est docile et n'a pas de délire. Cependant, comme sa température est de 39°8, on lui donne un bain à 20° à 5 heures du

soir. Ce bain est fort bien supporté; il a duré dix minutes. Le soulagement a été notable après l'enveloppement dans la couverture. La température qui était de 39°9, est descendue à 39°4.

Le lendemain, les mêmes signes stéthoscopiques subsistent; on trouve en outre des râles de bronchite disséminés, et un souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse. Trois bains d'un quart d'heure sont donnés dans la journée :

1^{er} bain à 11 h., mat. Temp. avant : 39°6 ; après : 38°8.

2^e — 4 h., soir. — 40°2 — 39°2.

3^e — 6 h., soir. — 39°4 — 38°6.

Le 17, même état ; même traitement.

1^{er} bain à 8 h., mat. Temp. avant : 39°6 ; après : 39°.

2^e — 4 h., soir. — 39°1 — 38°2.

3^e — 7 h., soir. — 39°2 — 38°5.

Le 18, on donne à six heures du matin un bain qui abaisse la température de 39°6 à 39°. Le souffle et les râles crépitants ont disparu; ils sont remplacés par de gros râles humides.

La défervescence a lieu du 19 au 20. La température, qui était de 39°8 le 19 au soir, est tombée à 38° le lendemain matin, et à 37°2 le soir. Elle n'a plus, dès lors, dépassé la normale.

La convalescence suit son cours sans aucune complication; l'appétit et les forces reviennent progressivement.

OBSERVATION XV.

Le nommé R... Ernest, âgé de 28 ans, ébéniste, est entré à l'hôpital Tenon le 16 juin 1893. Rien à relever parmi ses antécédents héréditaires. Lui-même n'a

jamais été malade ; il mène une vie régulière et ne fait aucun excès.

Le mercredi 14 juin, dans la matinée, il est pris brusquement de faiblesse, sueurs, sensation de froid et étourdissements. Il accuse un violent frisson, claque des dents pendant près de cinq minutes, mais n'a pas de vomissements. Trois heures après, il ressent une douleur aiguë et lancinante à la partie inférieure du côté gauche de la poitrine ; il rentre chez lui, et un médecin prescrit un large vésicatoire qui est appliqué à la base gauche.

Le lendemain, pas d'amélioration ; le malade se décide à entrer à l'hôpital, où il est admis dans l'après-midi.

Examiné le 17 au matin, il semble calme ; les pommettes sont rouges ; on remarque un groupe de vésicules d'herpès à la lèvre inférieure. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucune lésion pulmonaire en avant ; en arrière et à droite, respiration rude, supplémentaire, au sommet. A la base, râles fins dénotant une congestion assez intense, puisqu'on les entend dans presque toute la moitié inférieure du poumon. A gauche et en bas, zone de matité très étendue, nombreux râles crépitants fins et souffle très limité qui ne s'entend guère que du côté de la ligne axillaire.

L'expectoration est caractéristique, franchement rouillée ; le malade a remarqué des filets de sang, peu abondants il est vrai, dès le premier soir de sa maladie.

Dyspnée assez vive (30 respirations par minute).

Rien au cœur ; les artères ne sont pas athéromateuses ; on compte 120 pulsations à la minute.

La langue est sèche, l'appétit conservé ; le malade demande même à manger. Les selles sont régulières.

Urines colorées, peu abondantes, sans albumine.

Foie et rate normaux.

La défervescence a lieu le 20 juin, c'est-à-dire au huitième jour de la maladie. Le foyer de congestion de la base droite persiste encore, mais les râles sont moins nombreux. A gauche, les râles crépitants sont remplacés par des râles plus gros, sous-crépitanls, bulleux. Le 21 juin, le malade commence à manger.

Traitement. — Régime lacté ; tous les jours potion de Todd et ventouses sèches sur toute la poitrine. Bains à 20°. Le lendemain matin de son arrivée, le malade a une température de 40°3 On lui fait prendre dans la journée trois bains froids. Il en prend deux autres le 18, et un seul le 19, la température étant tombée à 37°6. Les premiers bains ont été difficilement supportés ; le premier surtout, qui n'a pu être prolongé au delà de cinq minutes ; les derniers ont eu une durée d'un quart d'heure, sans produire aucune impression pénible.

OBSERVATION XVI

Pneumonie double chez un alcoolique ; Guérison.

F... Emile, mécanicien, âgé de 37 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Trousseau, n° 1, le 21 juin 1893. Ses antécédents héréditaires n'ont rien d'intéressant. A 28 ans, il eut une fièvre typhoïde ; c'est la seule maladie qu'il ait faite. Il est alcoolique ; il avoue boire trois litres de vin et quatre absinthes en moyenne tous les jours.

Le début de la maladie remonte au 15 juin ; il accuse, depuis ce jour, un point de côté au dessous du mamelon droit, une fièvre intense, des douleurs lombaires. Insomnie et délire ; constipation. Trois jours avant son entrée, il a un vomissement de sang, unique et peu

abondant. Un vésicatoire est appliqué du côté droit de la poitrine, pas de soulagement appréciable.

On constate de la matité à la base droite ; à ce niveau on trouve un foyer très étendu de râles crépitants assez gros, qui paraissent être des râles de retour ; pas de souffle.

A gauche, la percussion donne un son submat ; il y a de la bronchophonie, et on entend également des râles crépitants, plus fins qu'à droite, dans la moitié inférieure du poumon.

Crachats très visqueux, adhérents, franchement rouillés.

Langue sèche, fendillée, dépouillée d'épithélium à la pointe. Eruption d'herpès aux lèvres.

Agitation violente. Pouls petit et rapide (120 pulsations), rien au cœur. Température : 39°9.

Albumine en quantité notable.

On prescrit les bains froids, qui sont très bien supportés. Le frisson après chaque bain ne dure que trois ou quatre minutes, après quoi le malade s'endort d'un sommeil calme.

Le 22, on donne quatre bains :

1 ^{er} bain à	11 h. mat.	Temp. avant :	38°4 ;	après :	38°.
2 ^e	— 4 h. soir.	—	40°	—	38°8.
3 ^e	— 7 h. soir.	—	40°	—	38°5.
4 ^e	— 11 h. soir.	—	40°4	—	40°6.

Le 23, sept bains :

1 ^{er} bain à	3 h. mat.	Temp. avant :	40°6 ;	après :	40°4
2 ^e	— 8 h. mat.	—	39°6	—	39°3.
3 ^e	— 11 h. mat.	—	39°9	—	39°3.
4 ^e	— 2 h. soir.	—	39°5	—	39°2.
5 ^e	— 4 h. soir.	—	40°	—	39°2.
6 ^e	— 7 h. soir.	—	39°6	—	39°.
7 ^e	— 11 h. soir.	—	39°5	—	39°4.

Les urines sont toujours albumineuses ; le pouls est

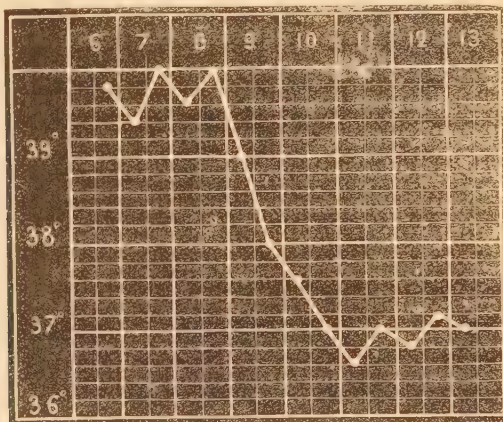
à 108. A l'auscultation, on entend des deux côtés des râles crépitants qui, à droite, s'étendent presque jusqu'au sommet. Pas de souffle.

Le 24, le malade prend deux bains seulement :

1^{er} bain à 2 h. mat. Temp. avant : 39°2 ; après : 38°6.
2^e — 5 h. mat. — 39°7 — 39°4.

La défervescence a lieu du 24 au 25 ; l'agitation persiste encore ; le malade a du délire, veut se lever et demande à manger. L'albuminurie a cessé.

Le 29, l'état général est bon ; les râles ont disparu ; la respiration est normale, sauf quelques frottements au niveau de l'angle de l'omoplate droite.



Le 3 juillet, le malade est complètement guéri de sa pneumonie, mais il survient une éruption furonculéuse, accompagnée de plusieurs abcès tubéreux de la région axillaire. Ces abcès sont incisés ; leur guérison retient le malade une quinzaine de jours à l'hôpital, après quoi il sort absolument rétabli.

CONCLUSIONS

1° L'usage des bains froids n'est vraiment indiqué que dans certaines pneumonies graves. Ils peuvent cependant être donnés à tous les pneumoniques dont la température dépasse 39°, sauf contre-indication venant de l'âge du sujet ou de l'état de son cœur et de ses vaisseaux. Lorsque la réaction est nulle ou peu marquée, ils sont inutiles, sinon nuisibles.

2° L'abaissement de température qui suit le bain, et qui est souvent assez considérable, n'est que momentané; néanmoins il est utile puisque les malades se trouvent soulagés; mais le résultat final de la balnéation est de provoquer, dès le premier ou le second jour du traitement, une rémission thermique durable, rémission qui marque déjà le début de la défervescence, et qui s'accuse de plus en plus jusqu'à l'apyrexie complète. La défervescence est moins brusque que chez les malades non baignés; elle se fait ordinairement en deux ou trois jours.

3° La durée de la maladie paraît être souvent un peu abrégée.

4° Le traitement a d'autant plus de chances de succès qu'il est institué plus près du début de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- Barth.* — Communication à la Société médicale des hôpitaux, 27 juin 1890.
- Bouehard.* — Les doctrines de la fièvre. (Semaine médicale, 15 mars 1893.)
- Campagnano.* — *Observatore medico.* Naples, 1837.
- Dally.* — Indications théoriques et pratiques sur les applications de l'hydrothérapie à l'eau froide. (Journal de thérapeutique, 1881.)
- Descroizilles.* — Traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants. (Gazette médicale de Paris, 1889.)
- Descroizilles.* — Du traitement de la broncho-pneumonie. (France médicale, 1889.)
- Dujardin-Beaumetz.* — De l'hydrothérapie dans le traitement des maladies aiguës et fébriles. (Bulletin général de thérapeutique, 1887.)
- Duval.* — La pratique de l'hydrothérapie. Paris, 1891.
- Fiessinger.* — De la valeur pronostique du pouls et de la température dans la pneumonie. (Lyon médical, 1889.)
- Finlay.* — British medical journal. Londres, 1882.
- Fleury.* — Traité d'hydrothérapie. Paris, 1852.
- Gignoux.* — Observations de pneumonies traitées par les bains froids. (Lyon médical, 1883.)
- Goumy.* — Du traitement de la pneumonie par les bains froids. (Thèse de Lyon, 1884.)

- Hanot.* — Le traitement de la pneumonie. (Thèse d'agrégation, 1880.)
- Hénault.* — Le bain froid contre la pneumonie grave. (Thèse de Paris, 1890.)
- Hutinel.* — Les indications des bains froids dans le traitement des broncho-pneumonies. (Bulletin médical, 1892.)
- Joffroy.* — De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification. (Thèse d'agrégation, 1878.)
- Jürgensen.* — Croupæse Pneumonie. Ziemmsen's Handbuch der speciellen Pathologie und therapie. (Band V, 1877, 1883.)
- Labadie-Lagrave.* — Du froid en thérapeutique. (Thèse d'agrégation. Paris, 1878.)
- Lacour.* — De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants. (Thèse de Paris, 1884.)
- Lépine.* — Article Pneumonie. (Dictionnaire de Jaccoud.)
- Lépine.* — Sur la toxicité des urines chez les pneumoniques. (Comptes rendus de la Société de biologie de Paris, 1889.)
- Mohamed ben Amor.* — Essai sur l'influence thérapeutique des bains chauds et froids. (Thèse de Paris, 1889.)
- Money.* — The treatment of broncho-pneumonia in children by application of ice. (Lancet, Londres, 1888.)
- Netter.* — Le pneumocoque. (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. Paris, 1890.)
- Peter.* — Leçons de clinique médicale, 1887.
- Roger.* — Article broncho-pneumonie. (Dictionnaire De-chambre.)
- Roger et Gaume.* — Note sur le pouvoir toxique de l'urine dans la pneumonie. (Société de biologie. Paris, 1889.)
- Sevestre.* — Communication à la Société médicale des hôpitaux, 29 juillet 1892.

- J. Simon.* — De la broncho-pneumonie chez les enfants.
(Gazette des hôpitaux, 1887.)
- Tardivel.* — Article hydrothérapie. (Dictionnaire De-
chambre.)
- Théry.* — Etude physiologique sur les bains prolongés.
(Thèse de Paris, 1881.)
- Turbiau.* — Du traitement des pneumonies et des conges-
tions pulmonaires aiguës par les enveloppements
humides prolongés. (Thèse de Paris, 1892.)
- Vincent.* — Lyon médical, 1887.
-

Vu : Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

